ÉTUDE

SUR

LES BRONCHITES

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LES

MALADIES CONSTITUTIONNELLES



ÉTUDE

SUR

LES BRONCHITES

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LES

MALADIES CONSTITUTIONNELLES

PAR

GEORGES SCHLEMMER

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain

1882

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE TROISIÈME.

Scrofule.

CHAPITRE QUATRIÈME.

Syphilis

ÉTUDE

SUR

LES BRONCHITES

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC

LES MALADIES CONSTITUTIONNELLES



INTRODUCTION

« Il est, dit M. le professeur Jaccoud dans son Traité de pathologie, des individus qui sont pris de bronchite à chaque renouvellement de saison; d'autres s'exposent impunément à toutes les vicissitudes atmosphériques. Bien souvent, il faut le dire, cette prédisposition n'est que l'expression d'un état pathologique de l'appareil cardio-pulmonaire ou d'une maladie constitutionnelle. »

Dans un article classique sur les bronchites, M. Barth a relevé l'importance de la notion de maladie constitu-

tionnelle au point de vue de l'étiologie et du traitement de l'affection des voies respiratoires. « Dans un dernier groupe, écrit-il, se rangent les affections qui agissent par sympathie sur les bronches, action assez difficile à interpréter, mais non moins réelle et qu'on ne peut révoquer en doute quand on voit une bronchite survenir chez tel individu après la suppression d'un eczéma, chez tel autre après la disparition d'un accès de goutte... »

Il est donc important, lorsqu'on se trouve en présence d'une bronchite, de savoir s'il existe un lien entre cette phlegmasie locale et un état constitutionnel. Il est indispensable, dans bien des cas, pour prescrire un traitement rationnel, non seulement de reconnaître l'affection dont l'organe est atteint, mais de déterminer à quel groupe naturel elle appartient, de même que dans notre état social, suivant la comparaison employée par M. le professeur Hardy, un individu n'est bien connu dans sa personnalité que lorsqu'à son prénom on peut ajouter son nom de famille.

L'importance pronostique de cette notion ressort clairement du passage suivant, extrait de la thèse de M. Hayem. Après avoir parlé des bronchites aiguës symptomatiques des pyrexies, il dit : « Les bronchites chroniques symptomatiques, liées à des affections diathésiques, à marche lente, ont, à titre de complications, un pronostic plus favorable. C'est ainsi que la bronchite chronique chez les goutteux, chez les dartreux n'a nulle tendance à se terminer par la mort, et beaucoup de ces malades supportent pendant longtemps ces sortes de manifestations de leur diathèse sans dépérissement notable ». Au point de vue du traitement, Michel Bertrand

avait déjà tiré parti de cette donnée étiologique dans la cure thermale des bronchites. Ces affections, lorsqu'elles se relient à une maladie constitutionnelle, présentent une grande résistance aux médications ordinaires et ne cèdent guère que quand on parvient à modifier, par un traitement approprié, l'état général de l'économie. Tous les auteurs signalent la ténacité des bronchites placées sous la dépendance d'un état constitutionnel; mais tous reconnaissent la difficulté qu'on éprouve à déterminer les caractères qui traduisent un lien entre la bronchite et les maladies générales.

Après s'être engagé dans cette voie, M. Durand-Fardel (1) exprimait ainsi le résultat de ses recherches : « Les catarrhes scrofuleux sont fort opiniâtres, sans offrir une gravité très particulière en dehors de l'imminence d'une tuberculisation. Ceux des herpétiques sont plus faciles à guérir avec l'aide d'un traitement approprié. Ils ont d'ailleurs moins de tendance que les précédents à prendre des proportions considérables, à fournir des sécrétions purulentes et abondantes, à entraîner des dilatations bronchiques. Les catarrhes chez les arthritiques sont plus graves, plus sujets à des exacerbations violentes, plus irréguliers dans leur marche. »

D'autres auteurs ont cherché également à mettre en pratique ce précepte formulé par M. Gueneau de Mussy : chercher dans les conditions communes où se développent les maladies aiguës, s'il n'y a pas une parenté dont

(1) Durand-Fardel. Traité pratique des maladies chroniques, t. I, p. 474.

on aura à tenir compte dans les indications thérapeutiques. Mais l'application de cette recherche aux bronchites exige d'une part la connaissance des maladies constitutionnelles, et d'autre part l'étude des caractères que présente l'affection bronchique dans chacune de ces maladies. Or, les auteurs sont loin de s'accorder sur les limites propres à chacune des diathèses et des maladies générales.

Plusieurs médecins admettent une sorte de transformation et d'hybridation des maladies héréditaires par l'effet des croisements et des alliances. M. Pidoux admet, en outre une dégénération des maladies constitutionnelles, en dehors de l'hérédité, accompagnant la déchéance de l'organisme dans le cours de l'existence d'un même individu. Il établit seulement trois *maladies constitutionnelles* qu'il appelle *capitales ou initiales :* l'arthritis, la scrofule et la syphilis; celles-ci, par suite d'une dégénération chez l'individu ou dans la race, et par l'effet de croisements divers, affecte des formes hybrides extrêmement variées, très vagues et peu délimitées, que l'auteur groupe sous la dénomination d'herpétisme. Cette *maladie intermédiaire et mixte*, qui présenterait, plus ou moins accentués, un certain nombre de caractères propres aux maladies initiales, aboutirait à son tour, par suite de la dégénération croissante de l'organisme, à l'une des *maladies ultimes*, dans lesquelles ce médecin range les névroses graves, le cancer la tuberculose, et qui correspondent à peu près aux *maladies organiques* de Pinel.

Maurice Raynaud reproche à cette doctrine de considérer principalement les caractères communs aux di-

verses maladies au lieu de s'attacher à mettre en relief les caractères les plus tranchés, et de tendre à confondre les espèces en négligeant les caractères distinctifs. Il pense avec Luys que les documents recueillis depuis les temps les plus éloignés démontrent par la fixité des descriptions la permanence des maladies constitutionnelles. Si d'ailleurs celles-ci sont susceptibles d'hybridation, on sait qu'en général tous les métis reviennent à un type primitif ou cessent de se reproduire au bout de peu de temps. Tout en admettant la justesse des objections exposées par Maurice Raynaud, nous croyons devoir nous guider, dans le cours de notre travail, sur la classification générale établie par Bazin, et nous pouvons nous appuyer sur le jugement prononcé par M. Raynaud : « Si je me suis longtemps étendu, dit-il, sur la doctrine de Bazin, ce n'est pas pour le vain plaisir de le critiquer, c'est, au contraire, parce que, telle qu'elle est, et avec les défauts que j'y ai signalés, elle me paraît encore l'effort le plus puissant de systématisation qui ait été tenté jusqu'à ce jour. La seule conclusion que je veuille tirer de cette étude, c'est que là où le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis a échoué, d'autres échoueraient probablement comme lui, et que toute tentative de dénombrement complet et définitif des diathèses serait aujourd'hui prématurée. Cette conclusion est peu consolante, mais elle me paraît l'expression de la vérité. »

Nous comptons donc, avec Bazin, quatre maladies constitutionnelles (arthritis, herpétis, scrofule, syphilis) qu'il différencie des diathèses.

« Une maladie constitutionnelle, dit-il, est une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, con-

tinue ou intermittente, ordinairement à longue période, contagieuse ou non contagieuse, *caractérisée par un ensemble de produits morbides* et d'affections très variées sévissant indistinctement sur tous les systèmes organiques.

« Une diathèse est une maladie, aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, contagieuse ou non contagieuse, *caractérisée par la formation d'un seul produit morbide*, qui peut avoir son siège indistinctement dans tous les systèmes organiques. »

En outre, Bazin différencie les manifestations des complications, en ce que ces dernières peuvent apparaître à une époque quelconque de la maladie.

Dans l'état actuel de nos connaissances, tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'on ne peut assigner aucun caractère *pathognomonique* aux bronchites observées dans les maladies contitutionnelles. « Les bronchites liées à une maladie diathésique ou à une maladie constitutionnelle, écrit M. Hayem, ont été encore peu étudiées ; il y en a beaucoup parmi elles qui sont regardées par certains auteurs comme de simples complications plutôt que comme des affections symptomatiques. »

Il indique comme devant être examinés à ce point de vue: le rhumatisme, la goutte, les affections herpétiques, la syphilis et la scrofule.

En raison des divergences qui existent dans la manière de comprendre les diverses maladies constitutionnelles, nous croyons devoir, dans le but de délimiter notre sujet, exposer un résumé succinct des principaux

caractères assignés à chacune de ces maladies ; puis, après avoir signalé les principales formes de bronchite observées chez les sujets affectés de ces maladies constitutionnelles, nous rechercherons s'il est possible de distinguer ces bronchites à l'aide de caractères tirés de l'affection bronchique elle-même et des circonstances au milieu desquelles elle se développe. Enfin nous indiquerons les conséquences thérapeutiques qui peuvent en découler.

On ne trouve à cet égard que de documents extrêmement épars et des indications tout-à-fait succinctes. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'entreprendre une étude synthétique du sujet.

Nous n'étudierons pas les bronchites qui n'ont avec les maladies constitutionnelles que des rapports médiats, telles que les bronchites d'origine cardiaque qu'on voit chez les rhumatisants; nous n'étudierons pas non plus les bronchites tuberculeuses, qui sont sous la dépendance d'une diathèse et non d'une maladie constitutionnelle proprement dite.

Nous adressons à notre ami M. le D[r] H. Barth l'expression de notre plus vive reconnaissance pour l'appui précieux qu'il nous a prêté, et nous remercions également de tout cœur notre ancien collègue d'externat, le D[r] L. Jumon, de nous avoir apporté son concours éclairé et amical.

CHAPITRE PREMIER.

I. Arthritis.

A. Exposé des caractères de l'arthritis.

Bazin définit l'*arthritis* : « une maladie constitutionnelle non contagieuse caractérisée par la tendance à la formation d'un produit morbide, le tophus, et par des affections variées de la peau, de l'appareil locomoteur *et des viscères.* »

Déjà Bouillaud avait signalé la nature rhumatismale des lésions viscérales qui coïncident avec les arthropathies.

Sous le nom d'arthritis, la plupart des auteurs ont rangé les affections observées dans la goutte et dans le rhumatisme. Mais, tandis que plusieurs auteurs considèrent ces deux maladies constitutionnelles comme étant de nature distincte, d'autres médecins s'accordent à admettre qu'elles sont de nature identique.

Pour Stoll et Baillou, la goutte et le rhumatisme sont deux variétés d'une seule et même maladie : « Ceux qui ont souffert deux ou trois attaques de rhumatisme, dit Baillou, s'ils ne prennent un soin particulier de leur santé, échappent difficilement à la goutte, à laquelle le rhumatisme les a préparés. »

Gintrac ne voit dans l'arthritisme autre chose que la

goutte. Avec Chomel et Requin, Grisolle estime que « rien ne justifie une distinction fondamentale entre le rhumatisme et la goutte articulaire », et déclare que « la goutte est un rhumatisme développé chez des sujets d'une organisation particulière dans des conditions héréditaires ou hygiéniques qui ne sont pas celles de tous les rhumatisants. »

Quant à Durand-Fardel, il envisage l'arthritis d'une manière toute spéciale et réduit le rhumatisme diathésique à ce qu'on pourrait appeler la « névropathie constitutionnelle rhumatismale. » Le rhumatisme articulaire chronique serait une « arthrite dont l'existence paraît se rattacher bien plutôt à d'autres diathèses : scrofule, syphilis, anémie. »

Pidoux, qui admet une relation étroite entre la goutte et le rhumatisme, considère ces deux maladies comme deux branches émanées d'un même tronc et conservant chacune leur individualité propre. Ce tronc commun représente ce que M. le professeur Charcot appelle un *état arthritique*, servant de base commune à la goutte et au rhumatisme (1) : « Voilà bien des dissemblances, dit-il, en terminant l'étiologie du rhumatisme articulaire, entre ces deux diathèses ; et cependant, malgré les profondes différences qui les séparent, et que nous nous sommes efforcés de faire ressortir, elles présentent de remarquables analogies ; aussi les a-t-on souvent confondues ; et même lorsqu'on les distingue on est forcé de les rapprocher dans toute bonne classification nosologique.

(1) Charcot. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards, 1874, p. 231.

« Il est d'ailleurs certain qu'une relation, qui peut se démontrer de plusieurs manières, relie le rhumatisme à la goutte.

« On les voit coexister quelquefois chez le même sujet, qui présente à la fois les lésions de la goutte et celles du rhumatisme articulaire chronique.

« D'autres fois, le rhumatisme articulaire aigu se manifeste chez un malade pendant la jeunesse; puis, la goutte se développe à l'âge d'élection. Les uns voient là une transformation, les autres une succession.

« Enfin la relation peut s'établir par voie d'hérédité. Le rhumatisme articulaire aigu est fréquent chez les enfants issus de parents goutteux (Heberden, Fuller, Todd). Les enfants des rhumatisants deviennent souvent goutteux (Fuller). Enfin, l'hérédité peut se manifester par voie collatérale. J'ai vu moi-même le rhumatisme noueux se montrer chez une femme dont le frère était goutteux.

« Ces relations, en apparence intimes, prouvent-elles l'identité de ces deux affections? Non, certes! Tout au plus admettrons-nous qu'il existe une base commune, un fond commun, une *prédisposition articulaire*, un état *arthritique*, d'où l'une et l'autre tirent leur origine. »

Ainsi, tout en insistant sur l'idée d'une origine commune, déjà indiquée par Pidoux, M. Charcot déclare que la goutte et le rhumatisme répondent à deux types distincts. Mais il déclare qu'il reste à établir les limites qui les séparent : « Plus d'une fois, dit-il, vous serez appelé à reconnaître au lit du malade combien il est difficile de reconnaître la goutte du rhumatisme, surtout dans les formes chroniques; et le nom de *rhu-*

matisme goutteux qu'on applique souvent à ces cas obscurs placés sur la limite de ces deux affections semble renfermer implicitement un aveu d'impuissance. »

Le rhumatisme et la goutte offrent des analogies et des dissemblances que M. Besnier compare à celles que présentent la scrofule et la tuberculose, ayant parfois une origine et une terminaison identiques, se rencontrant et se confondant dans leur trajet, mais conservant une individualité qui empêche de les confondre sous une même dénomination.

M. Gérin-Roze, au contraire, accepte l'idée de l'identité ; d'après lui, tout dépendrait du terrain, de la cause et de l'intensité ou de la période.

Pour M. Gueneau de Mussy, les relations qui unissent la goutte au rhumatisme seraient un peu différentes; il envisage la goutte comme une sorte d'état constitutionnel qui prédispose aux attaques de rhumatisme provoquées d'une manière purement accidentelle par les influences extérieures. « Je ne m'étendrai pas, dit-il, sur les rapports pathogéniques de la goutte et du rhumatisme ; j'ai discuté cette question précédemment. J'ai cherché à montrer qu'on pouvait concilier les opinions contradictoires fondées sur leurs différences profondes et sur les affinités non moins incontestables de ces deux affections, en admettant que le rhumatisme est un état morbide *accidentel*, provoqué par l'impression offensive des agents extérieurs, que les races goutteuses y sont principalement prédisposées, et que cette prédisposition et la loi d'habitude peuvent expliquer les *apparences diathésiques* que revêtent les affections rhumatismales. On comprend ainsi la fréquente alternance de la goutte et du rhuma-

tisme dans les mêmes races où ces deux affections peuvent quelquefois se combiner et devenir les coefficients de certaines formes mixtes (1). »

Ce fonds constitutionnel, dont M. Gueneau de Mussy reconnaît l'existence chez les goutteux et chez les rhumatisants, est représenté, pour d'autres auteurs, par un état constitutionnel spécial qu'ils désignent sous le nom d'*arthritis* et qu'ils distinguent à des caractères propres.

« L'arthritis, dit M. Danjoy (Th. Paris, 62), est donc le lien qui unit ces affections et leur donne naissance, comme il en dérive quelquefois lui-même. Mais, est-il nécessaire, pour qu'un sujet soit déclaré arthritique, qu'il soit atteint de goutte franche ou de rhumatisme articulaire aigu ? Nous ne le pensons pas, et nous croyons qu'on peut reconnaître l'arthritisme à certains signes, en dehors de la goutte et du rhumatisme francs, à un certain aspect général du sujet, et à un bon nombre d'affections dont les rapports avec la goutte ont été constatés par tous les médecins. »

« Le grand fait morbide élémentaire de l'arthritis, dit M. Danjoy, c'est la disposition aux congestions sanguines. Cette congestion peut siéger partout et se traduire tantôt par de la douleur, tantôt par des troubles fonctionnels. Exemples : dyspepsie et gastralgie pour l'estomac, constipation et douleurs pour l'abdomen ; anxiété précordiale, palpitations, dyspnée, pour le cœur; toux, oppression, accès de dyspnée, asthme, pour le

(1) Gueneau de Mussy. Cliniques. De la diathèse arthritique. Paris, 1874, p. 316.

poumon; migraine, céphalalgie, lourdeur de tête, pour le crâne. Ajoutons à cela les principaux phénomènes de la dyscrasie veineuse indiquée par les Allemands à côté de laquelle nous placerons la disposition aux varices et aux hémorrhoïdes; enfin les phlegmasies des tissus séro-fibreux, et les accidents goutteux proprement dits.

« Ce n'est pas évidemment la réunion de toutes ces affections qui constitue l'arthritis; un certain nombre d'entre elles peuvent manquer et manquent le plus souvent. Cet ensemble n'est pas plus nécessaire pour diagnostiquer l'arthritis, qu'il n'est nécessaire, pour déclarer un sujet scrofuleux ou syphilitique, de trouver réunies chez lui toutes les affections isolées qui constituent la scrofule, soit toutes les périodes de la syphilis constitutionnelle.

« En résumé, pour nous, un sujet sera arthritique, lorsqu'à certains indices constitutionnels, se joindront un certain nombre des affections signalées, unies à des renseignements héréditaires. »

M. Allard (1), dans une discussion sur le traitement du rhumatisme par les eaux minérales, reconnaît dans la goutte et dans le rhumatisme deux formes symptomatiques d'une maladie constitutionnelle « à laquelle Bazin a rendu son ancien nom d'arthritis en donnant à ce mot une signification précise. Cette solution de la question des rapports du rhumatisme et de la goutte est la seule qui ne soulève pas d'objections sérieuses, car il n'est pas plus possible de séparer complètement la

(1) Allard. Annales de la Soc. d'hydrologie médicale de Paris, t. VII, p. 147.

goutte du rhumatisme que de les confondre...... Quelle que soit, du reste, la forme affectée, la maladie constitutionnelle est un tout composé d'actes morbides se traduisant par des manifestations locales. Ces divers actes morbides se résument eux-mêmes en un fait élémentaire auquel ils sont réductibles et qui forme, en quelque sorte, le pivot de toute la maladie prise dans son ensemble. La recherche de cet élément morbide est le vrai but de la pathologie, parce que sa découverte fournit immédiatement la notion de l'indication. »

Cet élément morbide, pour l'arthritis, consiste dans la congestion sanguine active, simple ou inflammatoire. Elle peut siéger partout, et chaque organe congestionné exprime sa souffrance à sa manière. « Le catarrhe lui-même, l'un des principaux actes de cette maladie, ajoute l'auteur, n'est ordinairement que la conséquence de la congestion aiguë ou chronique des muqueuses. »

Partant de l'idée que la dyscrasie *goutteuse* représente la base constitutionnelle commune à toutes les affections de l'arthritisme, M. Gueneau de Mussy décrit de la manière suivante les caractères de cette maladie : « L'arthritisme a pour type l'attaque de goutte franche; mais chez les goutteux et dans leur race on voit alterner ou coïncider avec cette manifestation typique des accidents très divers, comme des névroses, l'hypochondrie, l'asthme, les névralgies à localisations diverses, la migraine, la gastralgie, l'hystérie, comme aussi les maladies du système tégumentaire. Il faut mettre au compte de l'arthritisme un grand nombre d'affections cutanées, *beaucoup d'affections des membranes muqueuses, qui se tra-*

duisent par des catarrhes ou par d'autres troubles fonctionnels de ces membranes, des anomalies de sécrétion qui expriment souvent des altérations profondes de la nutrition et peuvent aboutir à des productions morbides, comme les gravelles biliaires, urinaires. Enfin, comme conséquence ultime, l'arthritisme peut produire des néoplasies, des dégénérescences.... » (1).

Nous verrons plus loin que M. le professeur Hardy n'admet point la nature arthritique de certaines formes d'affections cutanées dans lesquelles Bazin n'hésite pas à reconnaître une manifestation caractéristique de cette maladie constitutionnelle.

A l'exemple de Bazin (2), M. Gérin-Roze (3) divise l'arthritisme en quatre périodes. Voici, d'après ces auteurs, les principaux caractères qui peuvent servir à reconnaître la constitution arthritique :

Tempérament sanguin, surtout lymphatico-sanguin, facies coloré, barbe généralement fournie, yeux facilement injectés ;

Système musculaire développé, cou court, épaules larges, corps plein et robuste, gros os ;

Transpiration exagérée, surtout à la tête, aux aisselles, aux mains, aux pieds, aux organes sexuels; intertrigo ;

Chute prématurée des cheveux ; tendance à l'obésité ;

(1) Gueneau de Mussy. De la diathèse arthritique. Leçons de clinique médicale. Paris, 1874, t. I, p. 316.

(2) Bazin. Leçons sur les affections cutanées. Paris, 1868.

(3) Gérin-Roze. De la dartre et de l'arthritis. Th. Paris, 1861.

Appétit modéré contrastant avec l'embonpoint général, constipation ;

Urines souvent sédimenteuses, rouges, briquetées ;

Prédisposition aux congestions céphaliques, avec éblouissements et tintements d'oreilles, sans nausées ni vomissements ; tendances aux fluxions dentaires, aux écoulements sanguins, épistaxis, flux hémorrhoïdaires, ménorrhagie.....

Il faut y ajouter la disposition prochaine de toute la constitution à l'état goutteux, décrite par Barthez sous le nom de cachexie goutteuse, et indiquée par :

« 1° L'existence de la maladie goutteuse des parents et la multiplication endémique de ces maladies dans le pays habité par l'individu ;

« 2° La forme goutteuse du corps ;

« 3° L'état habituel de fatigue et de surcharge des organes digestifs, surtout chez les personnes livrées à l'intempérace et aux passions pénibles ;

« 4° Des douleurs fixes, plus ou moins fortes, qui occupent les parties internes ou éloignées des articulations, douleurs dont les accès sont fréquents et se renouvellent ou augmentent par l'influence des saisons, ou d'autres causes qui affectent spécialement la transpiration, et que combattent, avec un succès singulier, les remèdes anti-goutteux puissants et comme spécifiques. »

Maladie arthritique.

1re *période.* — Les manifestations sont légères, superficielles, temporaires ; elles sont provoquées principalement par les variations de température, plutôt que par

l'action prolongée du froid humide. Elles sont ordinairement de courte durée et présentent parfois des accès de fièvre irréguliers. Elles apparaissent et disparaissent brusquement, et souvent alternent entre elles.

Affections de la peau et des muqueuses. — Erythème intertrigo, érythème papulo-tuberculeux, pityriasis, lichen, eczéma généralement sec; furoncles, anthrax, urticaire; gourmes du cuir chevelu spéciales, moins tenaces que les gourmes scrofuleuses.

Eruptions aphtheuses, angines glanduleuses, particulières, coryzas, laryngites, bronchites spéciales, apparaissant surtout en automne et en hiver et alternant avec les éruptions cutanées telles que le pityriasis, le lichen, l'eczéma; asthme humoral et pituitaire (Barthez).

Ophthalmies, otalgies, surdité.

Affections nerveuses. — Prurit de l'anus, des voies génitales, du pavillon de l'oreille; crampes, névralgies, migraines généralisées, pesanteur de tête, congestions céphaliques persistant parfois jusqu'à l'épistaxis ou jusqu'à l'apparition d'un rhumatisme articulaire.

2e *période.* — Dans la deuxième période qui, suivant M. Gérin-Roze, comprend le rhumatisme articulaire aigu et la goutte régulière, on constate les affections propres articulaires à forme aiguë; à mesure que celles-ci augmentent de fréquence elles diminuent d'intensité, et dans l'intervalle des attaques on observe des arthropathies subaiguës : myalgies, névralgies, crampes, fourmillements.

Les *affections cutanées* s'accentuent; on observe une

coloration bleuâtre des téguments, la dilatation des capillaires, quelquefois des varices.

Dans cette période, la loi de balancement et d'alternance des affections se prononce davantage. De même que les arthropathies, les affections des voies respiratoires ou digestives alternent avec des manifestations cutanées souvent remarquables par leur coloration framboisée, d'un rouge vineux, ou même ecchymotique. Ces éruptions, généralement sèches, s'accompagnent de douleurs spéciales, pongitives et lancinantes. Bazin signale comme affection propre à l'arthritisme l'hydroa vacciniforme, et il cite parmi les affections génériques l'eczéma, l'acné, le pityriasis, le psoriasis.

Le *catarrhe* pituitaire s'étend fréquemment aux poumons, et l'on observe parfois un catarrhe suffocant ou un œdème convulsif et sec (Musgrave).

La fièvre peut se montrer, dans cette période, sous a forme intermittente ; elle peut être catarrhale ou bilieuse (fièvre rhumatismale de Frank).

Les affections articulaires peuvent faire défaut et l'effort morbide semble s'épuiser à la peau. De la seconde période, le malade peut passer à la quatrième, sans intermédiaire, notamment à la suite d'une médication perturbatrice et irrationnelle qui l'expose aux dangers des métastases viscérales graves, au cancer, aux apo plexies cérébrales.

3e *période.* — Les affections articulaires se fixent et produisent des infirmités permanentes (tophus, ankyloses, déformations, caries). Cette période, dit M. Gérin-Roze, correspond au rhumatisme chronique.

Mais parfois les articulations demeurent indemnes, et l'on observe alors les arthritides malignes, tenaces et généralisées qui constituent ce que Bazin appelle la « forme herpétique de l'arthritis ». Telles sont l'urticaire chronique, l'ezéma suintant généralisé, l'hydroa bulleux, le pemphigus chronique, puis l'ecthymafuronculaire et l'hydrosadénite arthritiques, qui se distingueraient des herpétides, notamment par leur asymétrie et par l'irrégularité de leur marche.

4e *période.* — Dans la dernière période, qui est essentiellement cachectique, on constate les troubles qui résultent des lésions organiques du cœur : hémorrhagies, hydropisies ; du côté du poumon on observe : le *catarrhe suffocant*, l'*asthme humide* ; du côté des reins, la néphrite interstitielle et les accidents de la lithiase ; du côté de l'abdomen, on a noté le cancer de l'estomac, du foie, de la vessie, de l'utérus, avec prédominance de l'élément congestif et tendance aux hémorrhagies qui dans l'herpétis sont exceptionnelles. Enfin, souvent, dans l'arthritis, la mort a lieu par le fait du catarrhe pulmonaire ou de l'apoplexie.

Parmi les signes que Bazin attribue à l'arthritis, on ne saurait attacher une valeur absolue à la fixité des affections cutanées, à leur évolution accomplie en un même endroit avec intégrité des parties voisines, à leur peu de tendance à s'étendre et à leurs récidives dans les points primitivement affectés. « Le prurit franc est rare, dit-il, toutefois le prurit de l'anus et des parties géni-

tales, indépendant de toute éruption, doit être considéré comme un symptôme ordinaire de l'arthritis. »

Dans ses Leçons sur les dartres, M. le professeur Hardy (1) n'accepte pas les assertions de Bazin : « Il peut arriver, dit-il, que certaines éruptions dartreuses ne présentent pas les caractères d'expansion, qu'elles parcourent à la même place toute leur évolution en respectant les parties voisines. M. Bazin considère cette exception comme un signe de l'arthritisme, mais cette explication ne nous est nullement démontrée, et nous préférons constater tout simplement le fait sans chercher à lui donner une interprétation hasardée. » Et plus loin, il ajoute : « Chez les sujets nerveux, le prurit sera plus développé et plus tenace que chez les scrofuleux, les lymphatiques et les malades affaiblis par une longue souffrance et dont la sensibilité est émoussée et obtuse, chez lesquels, par conséquent, les réactions sont moins vives. Aussi M. Bazin a-t-il tort, selon nous, de considérer ce phénomène comme un des signes spéciaux des affections arthritiques. Cette différence dans le degré des démangeaisons est pour nous inhérente au sujet; nous en faisons donc une question de terrain, pour ainsi dire, et tout à fait indépendante de la forme de l'éruption. »

Comme on a pu le voir, M. Gérin-Roze admet que le rhumatisme aigu et subaigu, ainsi que la goutte régulière, correspondent à la deuxième période de l'arthritis, et le rhumatisme chronique à la troisième. Plusieurs auteurs considèrent simplement la goutte et le rhuma-

(1) Hardy. Leçons sur les affections dartreuses. Paris, 1868, p. 26.

tisme comme deux formes symptomatiques distinctes de la maladie arthritique. — Sans trancher la question de savoir si l'on doit rattacher ces formes à des époques déterminées de l'évolution de l'arthritis, nous pensons qu'après avoir signalé les rapports de la bronchite avec l'arthritis en général, il convient d'étudier ses rapports avec la goutte et avec le rhumatisme dans deux sous-chapitres distincts.

B. Des bronchites signalées chez les arthritiques.

Bazin (1), dans ses Leçons sur les affections cutanées, signale l'existence des bronchites, dès la première période de l'arthritis : « Cette maladie, dit-il, est précédée, comme la scrofule, de prodromes particuliers dénotés par la constitution arthritique. Sa *première période* est marquée par des *affections légères et superficielles* se manifestant surtout du côté des voies *respiratoires*, telles que certains coryzas, certaines angines ou *bronchites*, etc. » Nous avons vu déjà qu'il indiquait, dans des périodes plus avancées, *l'asthme humide* et le *catarrhe suffocant*. Dans les observations qu'il rapporte à la fin de son livre, il signale la bronchite chez deux de ses malades qu'il classe parmi les arthritiques (2).

A l'exemple de Sydenham, de Cullen, de Sauvages, de Musgrave, de Barthez, de Bouillaud et de Trousseau, MM. Sée, Moutard-Martin, Gueneau de Mussy, et Ball, rattachent à l'herpétisme et à l'arthritisme l'asthme

(1) Bazin. Lecons sur les affections cutanées, p. 68.
(2) Loc. cit., p. 465 et 474.

qui s'accompagne de catarrhe. D'après M. Parrot, qui cite l'opinion de ces auteurs, il s'agissait, dans les cas en question, de « dyspnées reconnaissant une tout autre cause que la sécrétion névropathique des bronches » qui pour lui constitue la seule affection qu'on doive désigner sous le nom d'asthme.

Nous verrons plus loin que d'autres auteurs, comme M. le professeur Charcot, M. le professeur Jaccoud, M. Durand-Fardel, admettent une relation étroite entre l'asthme et l'arthritis dans ses formes déterminées ; et nous aurons l'occasion de revenir plus d'une fois, en parlant du rhumatisme et de la goutte, sur l'asthme qui se complique d'emphysème et de catarrhe et chez lequel l'élément nerveux s'efface progressivement pour ne laisser en fin de compte qu'une bronchite chronique très rebelle.

Caractères des bronchites observées chez les arthritiques.

« Le catarrhe pulmonaire arthritique, dit Bazin (1), se caractérise par une expectoration, claire, *visqueuse*, filante (phthisie pituiteuse de Frank), par la durée de la sibilance, par *l'oppression*, la fièvre dans l'état aigu, l'intensité des phénomènes sympathiques, ses rapports avec l'arthropathie ou la myodynie..... »

Ces rapports, signalés par nombre d'auteurs, consistent non seulement dans l'alternance ou la coïncidence fréquente qu'on observe entre les affections des voies respiratoires et les phénomènes articulaires et musculaires, mais souvent encore dans un balancement

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 461.

remarquable entre l'intensité de ces affections thoraciques et la gravité des manifestations arthritiques.

Une bronchite arthritique, dit M. Allard (1), est remplacée par un eczéma, par une gastralgie, par des hémorrhoïdes de même nature, etc. Il n'y a pas guérison, il y a modification de la maladie par l'apparition de symptômes nouveaux de nature identique. »

D'après cet auteur (2), les affections arthritiques sont influencées surtout par les variations de l'état atmosphérique. Tandis que l'action pathogénétique du froid humide appartient surtout à l'étiologie de la scrofule, cette impressionnabilité aux variations atmosphériques serait pathognomonique de l'arthritis.

Pour Michel Bertrand, cette action se caractérise ainsi : « soustraction du calorique des surfaces frappées par le froid, rétrocession de la matière perspirable et transport de cette matière sur les organes internes ; irritation de ces parties par l'action vitale qui de la peau vient se concentrer sur elles. »

En présence de la mobilité des phénomènes morbides, de l'irritabilité excessive du système capillaire, qui se traduit par des congestions faciles, nous serions enclins aujourd'hui à caractériser d'une manière générale la modalité arthritique par la *susceptibilité du système vasomoteur*, et à voir dans le balancement des diverses manifestations l'expression d'une sorte d'équilibre instable.

L'oppression indiquée par Bazin dans les bronchites qu'on observe chez les arthritiques, le caractère asthmatique de la dyspnée mentionné par nombre d'auteurs,

(1) Allard. Annales de la Soc. d'hydrol., t. IX, p. 434.
(2) Loc. cit t. VII, p. 161.

doivent-ils être imputés à la viscosité de la sécrétion bronchique que Bazin signale en même temps dans ces cas ?

Nous pensons que la présence d'une sécrétion plus ou moins visqueuse dans les conduits bronchiques n'est pas le seul élément de la dyspnée asthmatique qu'on rencontre si fréquemment dans ces bronchites. Trousseau (1) faisait remarquer, à propos de la forme catarrhale de l'asthme, que l'obstacle mécanique est loin de jouer un rôle prépondérant dans la production de la dyspnée. « Si, dit-il, dans les cas auxquels je fais allusion, la bronchite joue son rôle dans le développement de l'asthme, elle n'agit qu'à titre de cause occasionnelle, qu'autant qu'elle a surpris l'économie dans des *conditions spéciales* en dehors desquelles son intervention eût été complètement insuffisante pour produire les mêmes effets, et ceux-ci ne sont nullement en proportion de la bronchite. »

Ces bronchites qu'on observe chez les arthritiques présentent donc un caractère particulier qu'elles empruntent au terrain sur lequel elles se développent.

Ces bronchites ont fréquemment encore pour caractère de s'accompagner de congestions actives, plus ou moins mobiles et fugaces, et en même temps plus ou moins brusques et violentes. La toux, sèche, déchirante et quinteuse, présente souvent une certaine périodicité qu'on observe assez généralement dans les congestions viscérales arthritiques. — L'oppression, quelquefois peu accusée, s'exagère facilement par l'exercice

(1) Trousseau. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, t. II, p. 468.

de la marche ou de la parole. En dehors de la douleur fixe qui siége à la pointe de l'omoplate du coté congestionné, il existe parfois une douleur vive des parois thoraciques n'offrant pas néanmoins un caractère névralgique. On entend alors, au niveau des points congestionnés, un râle visqueux, à bulles continues, et on y observe une diminution sensible du bruit vésiculaire. Dans les cas où la congestion est très violente, on constate une bronchophonie légère et un peu d'obscurité à la percussion. Un caractère, que nous avons déjà signalé et qu'on retrouve ici particulièrement accentué, consiste dans la mobilité des signes d'auscultation et de percussion. Cette mobilité, qui implique l'absence de toute altération profonde, différencie ces congestions de celles que produit la tuberculose. Les crachats sont alors sanguinolents et l'on a signalé dans ces cas des exemples d'hémoptysie indépendante de toute néoplasie.

« L'hémoptysie, dit M. Allard (1), en parlant des congestions arthritiques, est un phénomène fréquent dans la congestion pulmonaire, mais non constant. Sur trois congestions pulmonaires observées sur le même malade, à de longs intervalles, deux seulement furent suivies ou accompagnées d'hémoptysie et ce ne furent pas les plus graves. On a avec raison récemment appelé l'attention sur la fréquences de morts subites par apoplexie pulmonaire sans hémorrhagie. Quand une hémoptysie peu abondante se déclare, elle constitue souvent un phénomène heureux qui, en décongestionnant l'organe, évite la mort par compression ou par asphyxie.

(1) Allard. Annales de la Soc. d'hydrol., t. VII, p. 158.

Le crachement de sang se déclare tout à coup, sans prodromes ; au milieu de la nuit, à la suite d'une émotion, dans une promenade, le malade est pris d'une petite toux sèche suivie d'un crachat formé de sang pur, à moins qu'un catarrhe bronchique n'existe en ce moment. Des filets de sang traversent alors les mucosités catarrhales arthritiques, le sang très faiblement mélangé d'air est d'un rouge opaque tenant le milieu entre celui du sang artériel et celui du sang veineux. Chaque crachat est précédé d'une petite toux : ceci doit les faire distinguer des crachats naso-pharyngiens ou gastriques. — Ils sont quelquefois en petit nombre, isolés ; le sang reparaît plusieurs jours de suite dans les crachats, et disparaît ; d'autres fois il arrive en telle abondance, et la toux expulsive est si rapprochée, que l'asphyxie est imminente, par suite de la difficulté que le malade éprouve à respirer au milieu de cette toux et de cette expectoration incessante. »

Au milieu de ces symptômes, l'embonpoint se conserve néanmoins, ce qui permet encore de distinguer cet état de la tuberculose dans bien des cas.

« Quelle influence de voisinage, continue M. Allard, la congestion du parenchyme a-t-elle sur la muqueuse qui le tapisse ? Dans quelques cas la congestion n'est accompagnée d'aucun état catarrhal. Quelquefois la muqueuse participe elle-même à la congestion, et dans ces cas ses fonctions sont exagérées. Il y a sécrétion de mucosités visqueuses, se détachant avec peine, et provoquant la toux par leur adhérence sur certains points de l'arbre laryngo-bronchique. La muqueuse est injectée irrégulièrement, rouge ; on la voit traversée par des

filets sanguins en grand nombre, invisibles à l'état normal. »

Dans sa clinique sur la rhinobronchite spasmodique, après avoir énuméré les influences multiples qui président au développement de cette affection, l'influence des poussières ou des émanations du foin, l'influence de certaines senteurs (ipéca, graine de lin, fleurs de haricot, odeur du chat, etc.), enfin l'influence des localités, M. Gueneau de Mussy déclare que toutes ces causes ne jouent que le rôle de conditions déterminantes, et rattache l'hay-fever, ainsi que l'asthme d'automne des Américains, à l'arthritis

La rhinobronchite spasmodique se présente sous deux formes principales qui peuvent se succéder ou se mélanger. La première forme est caractérisée surtout par un coryza spasmodique qui généralement survient à la fin du printemps et qui persiste de cinq semaines à trois mois. Il existe un catarrhe oculo-nasal opiniâtre, accompagné d'une sécrétion abondante qui provoque des éternuments paroxystiques, une sensation d'irritation de la gorge, de la dyspnée, et souvent un mouvement fébrile.

Dans la seconde forme, le catarrhe oculo-nasal n'a plus qu'un rôle secondaire, et les symptômes principaux consistent dans des phénomènes de bronchite catarrhale à exacerbations périodiques et de dyspnée asthmatique à marche paroxystique.

Les accès peuvent d'ailleurs apparaître sous l'action d'une des causes déterminantes précitées ou bien en l'absence de toute cause occasionnelle. Derrière cette

susceptibilité morbide et cette apparente spontanéité, se cache un état général tout puissant dans la genèse de cette affection. M. Gueneau de Mussy (1) a recherché le fonds constitutionnel dont dépend cette rhinobronchite, et voici comment il s'exprime à ce sujet :

« J'ai très souvent rencontré l'arthristisme dans les antécédents de nos malades ou de leurs ascendants. Un grand nombre d'observations mentionnent cette circonstance et avec d'autant plus d'autorité, que les auteurs n'en ont tiré aucune conclusion et n'avaient par conséquent aucune idée préconçue sur cette donnée étiologique. La périodicité est un caractère que nous retrouvons dans beaucoup d'affections arthritiques ; elles se manifestent le plus souvent par accès réguliers ou irréguliers. Si le hay-fever a été jusqu'ici plus souvent observé en Angleterre qu'en France, ne pourrait-on pas l'expliquer par la fréquence plus grande de la goutte dans la première de ces deux contrées? Enfin, cette circonstance, notée par tous les observateurs, que la fièvre de foin est plus habituellement une maladie des classes riches, peut être considérée comme un autre trait d'affinité avec l'arthritisme. »

Dans beaucoup de ces observations en effet l'influence de l'état arthritique n'est pas douteux. Les membres de la famille, ascendants ou collatéraux, ont présenté des manifestations articulaires ; et souvent chez les sujets en question on trouve manifestement les caractères de l'état constitutionnel que leur a légué l'hérédité (angines granuleuses, migraines, hémorrhoïdes, urines

(1) Gueneau de Mussy. Clinique médicale, t. I, p. 534.

sédimenteuses) et quelquefois des déterminations articulaires de l'une des formes de l'arthritis. M. Gueneau de Mussy en rapporte l'exemple suivant :

Le 17 avril 1859, je fus consulté par Mme H..., âgée de 24 ans environ ; elle ignore si chez ses grands-parents il y a eu des antécédents goutteux. Elle se rappelle seulement que son grand-oncle maternel avait tous les ans, au mois de mai, une attaque de hay-fever qui durait deux mois. Le fils de ce grand-oncle a la même affection. La mère de Mme H..., cousine germaine de ce dernier, en souffre depuis son enfance ; elle a actuellement 48 ans. L'an dernier, l'attaque a été moins violente que les précédentes ; mais depuis six mois elle éprouve dans le petit orteil une douleur avec gonflement, qui, au dire de sa fille, offre tous les caractères d'une affection goutteuse. . . . .
. . . .

Outre les cas dont nous venons de parler, l'auteur rapporte des observations remarquables dans lesquelles la rhinobronchite évoluait à côté d'une affection cutanée qu'il n'hésite pas à rattacher à la maladie arthritique (urticaire, pytiriasis, eczéma), ou alternait avec elle. Après avoir fait remarquer que, dans ces dernières affections, les ingesta (moules, fraises, etc.) jouent le rôle de causes occasionnelles, M. Gueneau de Mussy termine par cette conclusion : « Derrière un très grand nombre de névroses, derrière un très grand nombre d'anomalies fonctionnelles bizarres empreintes d'un caractère nerveux, on trouve l'arthritis. »

Cette assertion semble un peu exclusive ; et pour en revenir aux observations de rhinobronchite que rapporte cet auteur, nous croyons qu'un certain nombre d'entre elles paraissent se rattacher plutôt à la maladie herpétique, malgré les antécédents héréditaires consignés

Enfin, on a signalé l'existence de concrétions tophacées ou calcaires dans les bronches, chez les sujets arthritiques. — Ce sont surtout les auteurs anciens, tels que Franck, qui considèrent le rejet de ces calculs comme un signe certain de ce qu'ils nomment la « phthisie arthritique ». Morgagni (1) comparaît quelques-uns de ces calculs à la matière friable et crétacée qu'on trouve dans les articulations des goutteux. En lisant l'article que M. Blachez consacre aux concrétions et calculs des bronches, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, on peut se convaincre que des concrétions ont été observées plusieurs fois dans des cas de bronchites chroniques, indépendantes de la tuberculose. Ces calculs ont été signalés chez des goutteux et des rhumatisants. Michel Bertrand en a laissé une observation que nous rapportons à la fin de ce travail. Les bronchites de ce genre sont tout à fait exceptionnelles et ne nous paraissent pas se rattacher spécialement à l'arthritis. Nous aurons néanmoins à en dire quelques mots en passant en revue les bronchites qu'on a observées chez les goutteux.

Eléments de diagnostic.

Nous distinguerons mieux les caractères des bronchites qui se rattachent plus ou moins intimement à la constitution arthritique des malades, quand nous aurons étudié les bronchites qu'on a observées dans les deux

(1) Morgagni. Epistola XV, §§ 21 et 25.

formes déterminées, rhumatismale et goutteuse, de la maladie constitutionnelle.

Nous ferons remarquer ici que dans la forme aiguë ainsi que dans la forme chronique avec exacerbations, ces bronchites sont remarquables par leurs allures éréthiques et par leur caractère fluxionnaire et superficiel. Les accès dyspnéiques, plus ou moins paroxytiques, plus ou moins périodiques, impliquent bien la susceptibilité de l'élément nerveux chez les sujets arthritiques; et la fréquence relative de l'asthme catarrhal, indiquée par nombre d'auteurs dans le cours de la maladie arthritique, en témoigne. Mais il nous semble qu'on doit attribuer à l'élément vaso-moteur un rôle prépondérant dans la production de la dyspnée chez les arthritiques affectés de bronchites aiguës, subaigués ou chroniques; l'on est tenté souvent de rattacher d'une manière étroite au caractère fluxionnaire des altérations arthritiques la forme paroxystique de la dyspnée, et de faire jouer aux congestions mobiles et fugaces de la muqueuse, indépendante de toute hypersécrétion visqueuse, le rôle que leur assignait Andral (1) dans le mécanisme de l'affection qu'il a décrite sous le nom *d'asthme bronchique :*

« *Lié à une hyperémie aiguë de la membrane muqueuse*, le rétrécissement des bronches donne naissance à une dyspnée qui augmente et décroît avec l'hyperémie qui la cause. Tant que cette dyspnée persiste, on entend en divers points de la poitrine les diverses variétés des râles sibilant et ronflant. L'hyperémie bronchique peut

(1) Andral. Cl. médicale, t. III, p. 185 et 174.

se reproduire à plusieurs reprises, et alors la dyspnée revient elle-même d'une manière périodique sous forme d'accès d'asthme.

Lié à une hyperémie chronique des bronches, le rétrécissement de ces conduits donne encore lieu à une dyspnée habituelle, mais beaucoup moins forte que dans le cas précédent; de temps en temps on voit seulement la respiration devenir plus gênée que de coutume ; cela arrive surtout à l'occasion d'une exaspération de la brnnchite qui existe ordinairement. »

Quelle que soit d'ailleurs l'explication qu'on adopte, l'asthme catarrhal est assez fréquent dans le cours de la maladie arthritique pour que Bazin (1) ait pu dire : « On devra éviter de confondre l'asthme essentiel de nature dartreuse, et l'asthme catarrhal qui est un phénomène arthritique. »

Que l'on considère ces bronchites comme des manifestations de l'arthritis ou qu'on les regarde comme des bronchites accidentelles dont les allures sont seulement influencées dans certains cas par la nature de la maladie constitutionnelle dans le cours de laquelle elle se développe, on ne signale pas un seul caractère qui puisse être appelé pathognomonique ou qui permette à lui seul de relier l'affection au terrain sur lequel elle évolue.

On devra donc, en présence d'une bronchite à allures éréthiques, accompagnée d'une dyspnée à forme asthmatique et d'une expectoration généralement visqueuse, rechercher si elle survient ou récidive plus ou moins

(1) Bazin. Leçons sur les affections cutanées, p. 127.

régulièrement sous l'influence des causes occasionnelles auxquelles les arthritiques sont le plus impressionnables, si la bronchite a été précédée d'asthme vrai ou d'asthme humide, s'il existe des antécédents héréditaires, si l'affection coïncide ou alterne manifestement avec diverses déterminations de la maladie arthritique.

Parmi les circonstances au milieu desquelles la bronchite se développe, il en est une qui peut se rencontrer dans l'une quelconque des formes de l'arthritis et qui peut avoir une importance capitale, parce qu'elle peut, suivant certains auteurs, révéler l'état de la muqueuse bronchique, c'est l'existence d'une angine arthritique. « L'examen de l'arrière-gorge, dit M. Allard (1), chez les personnes atteintes d'angine chronique arthritique, nous montre par analogie quel doit être l'état de la muqueuse bronchique dans les cas analogues. Les glandules hypertrophiées ont un aspect papuleux, transparent, rosé. Les hypertrophies glandulaires ne sont jamais aussi considérables que dans l'angine scrofuleuse. Dans l'angine herpétique, les granulations sont petites et égales; il n'y a jamais de glandules hypertrophiées comme dans la scrofule; elles ressemblent à des pointes d'épingle saillant sous l'épithélium. — La sécrétion est très peu abondante dans l'angine arthritique, collante, visqueuse, provoquant un *hum* continuel tendant à détacher la mucosité. C'est le matin surtout que les malades expectorent des crachats visqueux, peu nombreux, arrondis... Dans l'angine herpétique, la sécrétion est plus facile et séro-purulente; dans l'angine scrofuleuse,

(1) Allard. Soc. d'hydrol., t. VII, p. 160.

elle est abondante, purulente et tapisse constamment une muqueuse décolorée et flasque... — Pour terminer cette symptomatologie différentielle, disons enfin que l'angine arthritique est accompagnée de douleurs lancinantes, pulsatives, de démangeaison inégale et aiguë, de sensation de bouffées de chaleur. L'angine herpétique donne lieu à un prurit sourd et continu; dans la scrofule, il n'y a point de prurit ou une démangeaison insignifiante. »

Mais quelque importance qu'on puisse attacher à l'apparition de cette angine ou à toute autre manifestation arthritique, c'est l'ensemble des phénomènes morbides observés qui seul permettra d'établir une relation intime entre l'affection des bronches et la maladie constitutionnelle; c'est à l'ensemble des phénomènes objectifs, à la connaissance des antécédents héréditaires, à la vie entière du malade qu'on doit demander les éléments d'un diagnostic complet et d'un pronostic rationnel.

II. Rhumatisme.

A. Exposé des caractères du rhumatisme.

Avant d'étudier les bronchites dans leurs rapports avec le rhumatisme, nous devons rappeler ici les principaux caractères que lui ont assigné les auteurs.

Dans sa thèse sur le parallèle entre la goutte et le rhumatisme, M. le professeur Chauffard (1) écrit : « La théorie pathogénique du rhumatisme n'offre pas cette série de causes et d'effets que l'on saisit dans la goutte. Le rhumatisme n'est pas une affection constitutionnelle au même degré que la goutte. Les forces assimilatrices ne sont pas troublées par la prédisposition rhumatismale, et, dans le rhumatisme chronique et véritablement diathésique, les forces d'assimilation ne sont atteintes que secondairement, quand elles le sont, et par la seule réaction de l'état morbide sur l'ensemble de l'économie. On ne saisit donc dans le rhumatisme articulaire aigu, comme élément général de la maladie, que ce mode d'être de l'organisme qui domine les manifestations articulaires, les relie en un faisceau pour constituer une unité morbide, qui fait enfin que la maladie porte le nom de rhumatisme au lieu d'être considérée comme une série d'arthrites indépendantes les

(1) Chauffard. Parallèle entre la goutte et le rhumatisme. Th. agrég., 1857, p. 70.

unes des autres. Si maintenant on considère l'intensité et l'allure de la réaction générale, les phénomènes articulaires, l'état fibrineux du sang, on sera inévitablement porté à rapprocher le rhumatisme articulaire aigu des maladies inflammatoires. Mais il n'en faudra pas moins reconnaître que le rhumatisme offre une modalité inflammatoire toute spéciale. La mobilité du travail phlegmasique, la rareté extrême de la production du pus dans les articulations enflammées caractérise et spécialise l'inflammation rhumatismale. Cette spécialisation doit être placée sous la dépendance immédiate de l'affection générale. »

Un des faits les plus importants de l'histoire du *rhumatisme* est le caractère congestif de ses manifestations.

« Tous les rhumatisants, dit M. Allard (1), sont sujets aux congestions ; huit fois sur dix, on trouve chez eux des hémorrhoïdes, fluentes ou non, des varices aux jambes, des varicocèles, des migraines fréquentes, avec les caractères que présentent les migraines arthritiques : lourdeur de tête, hémicrânie mal déterminée et non fixée sur un seul point comme dans la migraine herpétique ; douleurs lancinantes, pas de vomissements ni de complications gastriques comme cela arrive fréquemment dans la dartre. Les rhumatisants sont encore sujets à des rougeurs subites de la face, ordinairement pâle ; leurs extrémités sont alternativement très chaudes et très froides ; ils ont des spasmes du cœur et des sensations d'étouffement. On dirait que la circulation san-

(1) Allard. Traitement du rhumatisme par les eaux minérales. Annales de la Soc. hydrol., t. VII, p. 148.

guine ne se fait pas chez eux également ; il se fait des stagnations locales du grand courant circulatoire, ou plutôt des afflux sur certains points. »

Dans ses cliniques, Trousseau insistait sur le caractère *barométrique* des douleurs auxquelles sont soumis les rhumatisants. Elles occupent un point de la surface du corps et passent souvent d'un siège à l'autre, avertissant les rhumatisants des changements atmosphériques un, deux ou trois jours à l'avance.

« Variables dans leur manière d'être, elles sont aiguës, obtuses, térébrantes ou concassantes, superficielles ou profondes. Tantôt le malade éprouve une sensation de chaleur et même de brûlure, de pincement ou de tiraillement. D'autres fois, c'est quelque chose de mal défini, un malaise indescriptible, ou bien ce sont au contraire des névralgies parfaitement localisées ». (Névralgies hémicrânienne, faciale, intercostale, brachiale, sciatique principalement; gastralgies et entéralgies avec sécrétion exagérée, vomissement ou diarrhée; hépatalgies, névralgies lombaires simulant des coliques hépatiques ou néphrétiques.)

M. Durand-Fardel (1) insiste sur les migraines qui, chez les rhumatisants, se montrent souvent pendant l'été, c'est-à-dire à l'époque où les manifestations articulaires s'observent le moins, et qui remplacent les arthropathies que l'on voit sévir en hiver. Le même auteur signale encore les douleurs utérines névralgiques ou musculaires et les douleurs vésicales, comme des manifestations fréquentes du rhumatisme.

(1) Durand-Fardel. Traité pratique des maladies chroniques. Paris, 1868, p. 372.

Charcot (1) signale parmi les caractères fondamentaux du *rhumatisme articulaire aigu* : la multiplicité habituelle des arthropathies, qui sont remarquables par l'intensité des douleurs, surtout pendant la nuit, par la tuméfaction des jointures voisines de la surface, par leur rougeur érysipélateuse, par l'augmentation de température des points atteints, par la durée de chacune de ces arthrites qui est de trois à quinze jours environ, et par leurs sièges d'élection au genou, au poignet, au cou-de-pied, enfin par leur mobilité d'une articulation à l'autre et par la rareté de leur disparition brusque coïncidant avec l'apparition soudaine d'un lésion viscérale.

Le phénomène fondamental est la fièvre qui peut s'élever à plus de 40° et qui ne manque jamais complètement. Elle est continue et irrégulière, et le plus souvent à minimum nocturne ; elle débute souvent avant les arthropathies, mais elle est souvent alors motivée par une des lésions viscérales qui précèdent parfois les manifestations articulaires. Elle ne se termine guère brusquement, elle peut persister après les arthropathies, sous l'influence de quelque affection viscérale latente, telle que l'endocardite et la péricardite. Enfin les rechutes sont plutôt la règle que l'exception.

Le pouls, influencé par l'anémie profonde qui se montre peu de jours après le début, offre un caractère spécial d'amplitude et de dicrotisme rappelant le pouls de l'insuffisance aortique.

Les sueurs, abondantes et acides, surtout au voisinage des articulations atteintes, possèdent une odeur aigre-

(1) Charcot. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards. Paris, 1874, p. 167.

lette ; et les urines, colorées et peu abondantes, fournissent, par le refroidissement, de nombreux dépôts uratiques d'un rouge briqueté. Elles contiennent surtout de l'urée et des matières colorantes. Le sang présente une altération marquée par augmentation de la fibrine et destruction des globules rouges.

Enfin, le développement de certaines lésions viscérales est précoce et presque habituel. Elles offrent un caractère inflammatoire (endocardites, péricardites) et n'attaquent le myocarde que d'une manière consécutive.

Ajoutons, avec Trousseau (1), que le rhumatisme articulaire aigu porte ses manifestations thoraciques plutôt sur la plèvre que sur le poumon et qu'il se déclare fréquemment avant l'âge mûr, sauf dans le cas où il succède à une scarlatine. Rappelons encore les relations qu'on a signalées entre le rhumatisme et la chorée (G. Sée).

« Le *rhumatisme articulaire subaigu*, dit M. Charcot (2), se présente encore avec le caractère de l'état aigu : seulement le mouvement fébrile est moins intense, ainsi que tous les phénomènes qui l'accompagnent ; cependant l'anémie est tout aussi prononcée ; d'une autre part, les affections articulaires ont plus de fixité, ce qui contraste avec la mobilité extrême des manifestations locales du rhumatisme articulaire aigu. » Et d'après Macleod sa durée varie de six semaines à deux mois.

Dans le parallèle qu'il établit entre le rhumatisme et

(1) Trousseau. Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 374.
(2) Charcot. Loc. cit., p. 173.

la goutte, Trousseau (1) signale la fréquence plus grande du *rhumatisme chronique* chez la femme, la susceptibilité des malades aux influences occasionnelles, et la rareté des trêves complètes; il indique les analogies du rhumatisme chronique avec la goutte et déclare que ces deux maladies se confondent souvent dans l'individu et dans l'hérédité. Parmi les caractères qui différencient d'avec la goutte le rhumatisme noueux, il fait remarquer dans ce dernier l'invasion plus insideuse, le défaut de symétrie au début, la déformation des doigts en siliques renversées sur le côté externe, la fréquence plus grande chez la femme, et l'influence des causes occasionnelles.

Charcot distingue dans le rhumatisme chronique trois types principaux (2) :

Le *rhumatisme articulaire chronique progressif*, qui correspond au rhumatisme noueux ou goutteux des auteurs, est le plus grave. Par arthrite sèche, il déforme principalement les petites jointures; il se montre d'emblée ou succède à la forme aiguë, et peut s'accompagner d'affections viscérales semblables à celle du rhumatisme aigu ou spéciales (ophthalmie et néphrite albumineuse).

Le *rhumatisme articulaire chronique partiel*, qui affecte seulement un petit nombre de jointures, est caractérisé par le volume des corps étrangers qui s'y développent (*morbus coxæ senilis*). Les affections viscérales sont rares. On observe, seulement dans la forme bénigne, cer-

(1) Trousseau. Loc. cit., p. 392.
(2) Charcot. Loc. cit., p. 141.

taines formes d'asthme et d'affections cutanées (eczéma, psoriasis annulaire, lichen, prurigo arthritique.)

Enfin, le *rhumatisme chronique d'Heberden*, le moins grave de ces trois types, attaque de préférence la deuxième articulation des doigts, et détermine ordinairement de simples nodosités des phalangettes; il peut s'accompagner de douleurs musculaires ou de névralgies et notamment d'asthme ou de migraines.

Quant au rhumatisme abarticulaire, nous ne saurions mieux faire pour résumer les caractères qui le différencient des manifestations goutteuses que de citer le passage suivant de la thèse de M. Chauffard (1) : « Je tenais seulement à signaler la *précision*, si je puis m'exprimer ainsi, de la lésion viscérale; cette précision, en effet, est bien propre à opposer à l'indéterminé de l'affection goutteuse des viscères. Dans celle-ci, les désordres fonctionnels ne s'établissent pas rationnellement, pour ainsi dire, comme dans la possession rhumatismale; ils font explosion tout à coup et atteignent presque instantanément à l'intensité suprême; ils ne diminuent pas peu à peu et par effacement successif, comme dans le rhumatisme; ils s'évanouissent souvent comme un songe.... »

Etiologiquement, le rhumatisme reconnaît pour causes, en dehors de l'hérédité, la misère, le froid humide, l'insuffisance de l'alimentation; et ses premières atteintes s'observent le plus souvent entre quinze et trente ans.

Nous étudierons successivement les bronchites dans

(1) Chauffard. Th. d'agrégation. Paris, 1857, p. 40.

leurs rapports avec le rhumatisme aigu, le rhumatisme subaigu, et le rhumatisme chronique.

B. Des bronchites signalées chez les rhumatisants.

« Plusieurs affections qu'on regarde comme générales, dit Laënnec (1), ont une tendance remarquable à être compliquées de péripneumonie, ou à la produire symptomatiquement. Ainsi, la péripneumonie survient quelquefois dans le cours d'une attaque de goutte ou de rhumatisme. »

Plus tard, Monneret (2), en développant la même idée, chercha à préciser les relations qui rattachent certaines affections pulmonaires au rhumatisme.

« Le rhumatisme des poumons, dit-il, est caractérisé par des actes pathologiques de nature rhumatismale qui se passent dans le tissu pulmonaire. Ce sont tantôt des hypercrinies, des phlegmasies, qui ont pour forme spéciale la *mobilité des symptômes*, leur facile apparition sous l'influence du froid, des variations brusques de température, tantôt des *bronchites caturrhales*, tantôt des grippes ; parfois, après la disparition brusque d'un rhumatisme articulaire, se manifestent tous les symptômes d'une véritable pneumonie..... Cette congestion est-elle vraiment d'origine rhumatismale? Il est impossible de le méconnaître, lorsque chez un malade qui a eu souvent des manifestations rhumatismales, musculaires ou autres, on voit survenir tout à coup, sans cause appré-

(1) Laënnec. Traité de l'auscultation, 4e édition, t. I, p. 590.
(2) Monneret. Traité de pathologie interne, t. II, p. 449.

ciable ou à la suite de la prompte disparition de la maladie articulaire ou musculaire, une pneumonie dont la guérison est elle-même rapide et suivie d'une congestion articulaire ou d'une névralgie. *Le propre du rhumatisme est de rester superficiel et de présenter cette mobilité* singulière qui avait tant frappé les observateurs anciens. »

Dans sa thèse d'agrégation, M. le professeur Chauffard signale les manifestations bronchiques du rhumatisme.

M. le professeur Jaccoud (1), qui définit le rhumatisme « une maladie primitive et spontanée, caractérisée anatomiquement par la fluxion ou l'inflammation des divers tissus qui entrent dans l'appareil locomoteur », considère les accidents qui se montrent sur les séreuses et sur les viscères comme des complications dont la ge nèse est variée.

« Quant aux phénomènes douloureux et inflammatoires produits par le froid dans les muqueuses ou dans les viscères, phénomènes qui constituent ce qu'on a appelé le *rhumatisme viscéral*, leur relation avec le rhumatisme n'est admissible que dans un cas, savoir : lorsqu'ils coïncident ou alternent avec les manifestations communes et régulières de la maladie rhumatismale. »

M. Besnier (2) s'attache davantage à l'idée de maladie constitutionnelle : « Toutes les manifestations vis-

(1) Jaccoud. Traité de pathologie interne, t. II, p. 495.

(2) Besnier. Art. Rhumatisme, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, p. 451.

cérales apparaissant dans le cours d'un rhumatisme, dit-il, ne sont pas nécessairement des affections rhumatismales, mais il est exagéré de considérer tous les accidents viscéraux du rhumatisme articulaire comme de simples « complications ». Aussi adopte-t-il la classification suivante :

1° Rhumatisme des articulations (*rhumatisme articulaire*);

2° Rhumatisme primitif, isolé ou permanent des organes internes ou externes (*rhumatisme abarticulaire*);

3° Rhumatisme étendu à diverses parties, ensemble et simultanément, mais n'affectant pas de localisation définitive, permanente, ni prédominante (*rhumatisme vague ou généralisé*).

La mobilité externe des phénomènes articulaires avait poussé les anciens à s'exagérer, d'après Grisolle, la fréquence des affections pulmonaires qu'ils regardaient comme des métastases du rhumatisme. Dans le cours du siècle dernier, les auteurs ont relaté de nombreuses observations d'oppression, de dyspnée, et même d'expectoration sanglante qu'ils considéraient comme résultant d'un transport du principe rhumatismal sur le poumon ; Barthez déclare que la plus fréquente des complications viscérales du rhumatisme est la pneumonie, et Stoll, Musgrave et Stork attachent une importance très grande aux affections pulmonaires de cette maladie.

Pour M. Ball (1), l'époque récente a versé dans l'excès contraire. Grisolle estime que les affections pulmo-

(1) Ball. Rhumatisme viscéral. Th. Paris, 1866, p. 52.

naires sont des manifestations peu communes, intermittentes, purement accidentelles dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Wunderlich (1) signale la bronchite à côté de l'angine et de l'hépatite, comme exceptionnelle chez les rhumatisants. Hertzka (2) écrit : « Je n'ai observé qu'une fois la bronchite dans le cours du rhumatisme; elle demeura légère persista longtemps encore après la disparition de la fièvre. » Mais les statistiques recueillies par les auteurs anglais tendent à infirmer cette opinion : Fuller, sur 246 cas de rhumatisme articulaire, relève 41 affections pulmonaires dont 19 bronchites; Latham, sur 136 cas de rhumatisme articulaire aigu, a noté 24 affections pulmonaires dont 4 bronchites. Taylor et Ormerod on consigné des résultats analogues (3). Greenhow (4) cite 5 cas de bronchite chronique chez des malades atteints de rhumatisme noueux. M. Ball pense que les affections pulmonaires, sous le rapport de leur fréquence dans le rhumatisme articulaire aigu, viennent se placer à côté des maladies du cœur; les pneumonies en première ligne, les bronchites en seconde ligne et les pleurésies en troisième ligne,

Après avoir consigné les mêmes résultats statistiques, M. Hayem (5) écrit : La bronchite est une complication assez fréquente dans le rhumatisme........ Pourrait-on admettre une inflammation des bronches de nature

(1) Wunderlich. Handbuch der Pathologie, Band IV, p. 617.
(2) Hertzka. Wien med. Press., 1874, p. 748.
(3) Medico-chirurgical transactions, 1853.
(4) Greenhow. On chronic bronchitis. In The Lancet, 1867, p. 199.
(5) Hayem. Bronchites, th. 69, p. 93.

rhumatismale comme on a admis avec raison une angine rhumatismale par exemple? Rien n'autorise encore une semblable conception de la bronchite du rhumatisme; il n'y a là qu'une coïncidence ou complication. »

MM. Hardy et Béhier (1), dans leur Traité de pathologie, estiment que l'on a rapporté arbitrairement au rhumatisme viscéral certains troubles de l'estomac, de l'intestin et des bronches, beaucoup de ces exemples présentant de grandes analogies avec les névralgies.

Le professeur Jaccoud déclare que le catarrhe laryngo-bronchique, qui apparaît ordinairement dans le rhumatisme articulaire aigu, n'est qu'une maladie *a frigore* concomitante. Il repousse toute idée de métastase.

Les auteurs qui, néanmoins, admettent un rapport direct entre ces bronchites et l'état rhumatismal, reconnaissent combien il est difficile de préciser cette relation. « ... Il n'est pas aussi facile, dit M. E. Collin (2), de reconnaître si la bronchite est sous la dépendance de l'état rhumatismal. Cependant, la coïncidence avec cet élément morbide, l'espèce de bascule qui s'établit souvent entre les différentes sortes de manifestations de cette maladie, permettent de reconnaître l'origine de l'affection des voies respiratoires. Quand je dis : origine, j'exprime mal ma pensée, car je crois que l'inflammation franche a dans la plupart des cas précédé l'*état catarrhal qui n'est que l'expression locale du rhumatisme lui-même.* »

Si toutes les manifestations abarticulaires ne font pas

(1) Hardy et Béhier. Pathologie interne,

(2) Collin. Inhalations des eaux sulfureuses de Saint-Honoré. In Soc. hydrol., t. X, p. 322.

fatalement partie d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, quelques-unes, d'après M. Besnier (1), constituent des localisations réelles et non des complications. « Il est hors de doute, dit-il, que le rhumatisme puisse affecter la trachée et les bronches à la manière des autres parties de l'appareil respiratoire ; et lorsqu'une bronchite et un rhumatisme naissent et évoluent parallèlement, il serait bien dificile de ne pas les considérer, avec Graves, comme étant de même nature...

« Dans les épidémies de grippe, on peut voir le rhumatisme et le catarrhe bronchique s'allier d'une manière assez intime pour donner lieu à des cas complexes et d'interprétation parfois difficile à tous égards.

« En dehors de ces conditions épidémiques ou saisonnières, la localisation bronchique est en réalité peu fréquente au cours du rhumatisme articulaire aigu, surtout si l'on a soin de tenir hors cadre les cas de bronchite préexistante chronique exacerbée ou aiguë, qui n'ont joué d'autre rôle que celui de condition occasionnelle chez des sujets prédisposés aux localisations articulaires. »

Quant au *rhumatisme chronique*, il est souvent aggravé par des *bronchites aiguës ou subaiguës*, que M. Besnier considère comme une des manifestations abarticulaires les plus fréquentes. Les auteurs s'accordent à reconnaître le *peu de fréquence des bronchites chroniques* dans cette forme de l'arthritis opposé à leur fréquence dans la goutte. Le rhumatisme, d'après M. Ball, (2) détermine

(1) Besnier. Art. : Rhumatisme, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

(2) Ball. Loc. cit., p. 157.

de préférence, lorsqu'il occupe les voies respiratoires, des phlegmasies franchement aiguës, et ce n'est pas là, ajoute l'auteur, un des exemples les moins frappants de cette précision qui caractérise habituellement les lésions du rhumatisme et que M. le Dr Chauffard oppose avec raison au caractère indéterminé de l'affection goutteuse des viscères.

Caractères des bronchites observées chez les rhumatisants.

a. *Dans le rhumatisme aigu.* — « Le rhumatisme articulaire aigu, dit M. Besnier, peut être précédé, accompagné ou suivi d'affections des voies respiratoires qui tantôt ont favorisé son développement, tantôt constituent la première localisation morbide et tantôt prennent rang parmi les localisations secondaires, mais acquièrent alors une durée et une importance plus grande.

« Moins rares qu'on ne le croit, elles sont souvent latentes et on omet de les noter. Si quelques-unes sont *superficielles*, *éphémères*, sans importance, il en est d'autres qui peuvent être très graves, et il y aurait lieu de les étudier d'une manière générale sous le rapport clinique particulièrement. »

L'auteur fait observer que la nécropsie dans les affections rhumatismales ne peut déceler les traces de ces affections : on s'en rendra compte en songeant à la différence qui existe entre les lésions mortes et les lésions vivantes.

On observe souvent, au début du rhumatisme articulaire aigu, des laryngites et des bronchites généralement superficielles et peu intenses; le plus souvent l'attention en est détournée par l'importance que présentent les phénomènes articulaires. Elles peuvent apparaître en même temps que les arthropathies ou les précéder de quelques jours. Les uns y voient une manifestation de la maladie rhumatismale, les autres en font simplement des affections concommitantes. « Les accidents articulaires, dit M. le professeur Jaccoud (1), peuvent être précédés durant plusieurs jours de l'une des maladies qui apparaissent ordinairement dans la période d'état du rhumatisme ; le catarrhe laryngo-bronchique, la pleurésie, l'endocardite ont été observés dans ces conditions ; *ce sont là des maladies a frigore*, et toute l'anomalie consiste dans le changement chronologique des phénomènes. »

« Parmi les malades qui présentent au début du rhumatisme articulaire aigu, écrit M. Homolle (2) dans son article Rhumatisme, un état fébrile plus ou moins prolongé avant l'apparition des arthropathies, les plus nombreux ont déjà du coryza, une bronchite, une angine, que l'on peut considérer soit comme une première manifestation rhumatismale, soit comme une affection banale *a frigore* provoquée par la cause même qui détertermine le rhumatisme. »

Lorsque ces phlegmasies existent en même temps que les affections articulaires, elles acquièrent une importance

(1) Jaccoud. Pathologie interne, t. II, p. 503.

(2) Homolle. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 573.

plus grande et fixent davantage l'attention. « Ces trachéo-bronchites, parfois préarthropathiques, dit M. Besnier (1), bien qu'elles puissent être intenses et très spasmodiques, accompagnées même de douleurs rétro-sternales très pénibles, sont surtout fâcheuses par l'aggravation qu'apportent dans les douleurs articulaires les secousses de la toux. »

A côté de ces bronchites généralement peu graves et d'un caractère plus ou moins fugace, il en est d'autres qui se signalent au cours du rhumatisme articulaire aigu par leur fréquence, leur persistance et par leur caractère spasmodique. « Chez les rhumatisants constitutionnels, dit M. Besnier, les manifestations thoraciques les plus communes sont des bronchites spasmodiques, tenaces, précoces ou tardives, apparaissant avant ou après les autres localisations abarticulaires, alternant ou coïncidant avec celles-ci, *différant des manifestations catarrhales communes* en ce qu'elles ont moins de base anatomique, moins de signes physiques grossiers. qu'elles laissent moins de trace matérielle.

« On ne méconnaîtra pas leur fréquence ni leur nature lorsqu'on voudra bien porter son attention de ce côté en dehors de toute idée préconçue et rechercher l'état constitutionnel des sujets qui présentent ou ont présenté des affections de cet ordre. »

M. Homolle (1) signale la fréquence de la congestion pulmonaire dans le cours de ces bronchites rhumatismales. « La trachéo-bronchite aiguë, dit-il, se montre le plus

(1) Besnier. Loc. cit.
(2) Homolle. Loc. cit., p. 597.

souvent, comme le coryza, lorsque les douleurs sont encore vagues et mal localisées. La toux, quinteuse, fréquente, sonore, est rendue très pénible par les douleurs thoraciques qu'elle provoque. Le plus souvent la bronchite tend à s'associer à la congestion pulmonaire, qu'on retrouve dans presque toutes les affections des voies respiratoires qui surviennent dans le rhumatisme articulaire aigu. »

Ces congestions se développent souvent dans le cours du rhumatisme d'une manière insidieuse, parce qu'elles provoquent peu de réaction générale au début, et qu'en outre leurs signes passent facilement inaperçus en raison de la bronchite qui contribue à les dissimuler en partie. M. le professeur Ball (1) a mis ce point en lumière dans sa thèse d'agrégation. « Semblables aux affections du cœur, les manifestations pulmonaires du rhumatisme ne présentent aucun signe caractéristique qui permette de les distinguer des autres phlegmasies de l'appareil respiratoire ; et c'est surtout par l'ensemble de leur physionomie, de leur marche et de leurs transformations, qu'elles acquièrent un certain cachet d'individualité.

Latentes à leur début, ces affections se développent et s'aggravent en général d'une façon sourde et insidieuse ; elles ne produisent guère de troubles fonctionnels alarmants qu'après avoir acquis une assez grande extension ; aussi échappent-elles à un examen superficiel ; de là le précepte éminemment pratique de Chomel, qu'il faut de temps en temps explorer par l'auscultation

(1) Ball. Loc. cit., p. 55 et suiv.

et la percussion les régions thoraciques qui correspondent aux poumons, tout aussi bien que celles qui correspondent au cœur.

Au moment où les affections pulmonaires font invasion, on voit quelquefois les symptômes arthritiques s'amender ou même disparaître soit passagèrement, soit pour toujours. » Les anciens voyaient dans ce fait un transport de la cause rhumatismale des jointures au poumon, c'est-à-dire un exemple de métastase.

Le balancement entre les manifestations bronchiques et les phénomènes arthropatiques est loin d'être constant. La bronchite, en particulier, est généralement, dans le rhumatisme articulaire aigu, contemporaine de l'affection articulaire. Elle n'en conserve pas moins une forme mobile et congestive.

Voici en quels termes M. Sénac-Lagrange (1) s'exprime à ce sujet :

« La bronchite peut s'observer dans le cours du rhumatisme. Tantôt elle n'est que le résultat de manifestations analogues et accompagne les localisations articulaires au milieu d'un appareil de réaction ordinaire.

« D'autres fois, la bronchite est en retard sur les manifestations articulaires : c'est quand celles-ci sont établies avec leur soulèvement fébrile qu'apparaissent des râles sous-crépitants et sibilants, qui s'atténuent et disparaissent rapidement avec la diminution ou la cessation des douleurs articulaires. L'expectoration peut manquer et ce signe revêtir le caractère fluxionnaire. Le même caractère fluxionnaire s'établit encore mieux

(1) Sénac-Lagrange. Etude clinique sur diverses formes de bronchites. Paris, 1873.

quand les manifestations rhumatismales portent plus avant dans l'épaisseur des tissus. C'est ainsi que, coïncidemment ou non avec des complications cardiaques, on peut observer du jour au lendemain la localisation rapide d'un souffle tubaire avec râles crépitants ; un noyau de pneumonie congestive, en un mot, et d'un autre côté l'existence de râles sous-crépitants nombreux. Ces signes disparaissent, en général, aussi rapidement qu'ils sont survenus ou se compliquent de signes de pleuro-pneumonie, mais revêtent le plus souvent les caractères fugaces de *manifestations fluxionnaires métastatiques*. D'autres fois, les manifestations délirantes peuvent occuper tout le cours de la maladie, et, vers la fin de la période d'état, peut se présenter la congestion pulmonaire qui persiste peu de temps.

« Le peu de fixité des phénomènes et la superficialité des lésions doivent faire ranger ces manifestations parmi les actes fluxionnaires. »

On peut remarquer que dans ces lignes le caractère métastatique des phénomènes dus à la congestion pulmonaire est nettement accusé, contrairement à ce qui a lieu pour les signes de bronchite. Les anciens, frappés surtout des phénomènes d'oppression et d'expectoration sanglante provoqués par la congestion, avaient parfaitement constaté leur balancement avec les phénomènes articulaires, et c'est pourquoi ils ont tant insisté sur l'idée de métastase.

b. *Dans le rhumatisme subaigu.* — Dans le rhumatisme subaigu, les auteurs s'accordent à indiquer, au sujet des affections des voies respiratoires, des modifications ana-

logues à celles que subissent les autres caractères du rhumatisme en général. D'après M. Besnier (1), aucune des localisations viscérales du rhumatisme articulaire aigu n'est inconnue dans le rhumatisme articulaire subaigu; mais elles y sont moins communes, plus superficielles, plus lentes. Ces caractères montrent bien, suivant le professeur Charcot, la dégradation insensible qui s'établit de ce côté du rhumatisme articulaire aigu au rhumatisme chronique, dans lequel les lésions articulaires deviennent profondes et irrémédiables, pendant que les localisations viscérales s'atténuent et se modifient. Dans le rhumatisme articulaire subaigu, c'est seulement affaire de fréquence et de degré. Mais les lésions de l'appareil respiratoire et des autres viscères peuvent y être observées dans toute leur intensité et avec leurs conséquences les plus funestes, alors même que le rhumatisme subaigu avait été léger et la réaction fébrile peu intense. Cela est exact surtout du rhumatisme subaigu primitif, mais peut aussi s'appliquer au rhumatisme subaigu le plus manifestement secondaire, au rhumatisme blennorrhagique, par exemple.

On doit donc s'attendre à retrouver dans le rhumatisme subaigu cette forme de bronchites spasmodiques, quinteuses et rebelles, dont la ténacité jointe à l'anémie souvent profonde qui est inhérente au rhumatisme subaigu, a fait dire à M. Homolle (2) : « Quelques malades prennent, accidentellement peut-être, des bronchites subaiguës, comme l'affection première, qui plus d'une

(1) Besnier. Loc. cit.

(2) Homolle. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. Rhumatisme, p. 670.

fois ont fait naître la crainte d'une tuberculose. » On conçoit combien cette crainte est justifiée en présence d'une bronchite de ce genre qui se localiserait au sommet ; mais en dehors des cas où la diathèse tuberculeuse coïncide avec la maladie constitutionnelle ou en dérive, aucune observation d'après M. Homolle ne signale un pareil siège pour les bronchites rhumatismales. On a signalé, au contraire, la fréquence, dans cette maladie, des congestions dans la région sous-axillaire.

c. *Dans le rhumatisme chronique.* — « Il est à remarquer, dit M. Durand-Fardel (1), que les déterminations anormales les plus communes du rhumatisme articulaire aigu ne se reproduisent pas dans le rhumatisme chronique. Ceci est très frappant pour ce qui concerne le cœur, c'est-à-dire l'endocardite et la péricardite..... On observe certainement beaucoup plus souvent chez les vieux rhumatisants des désordres de l'appareil respiratoire. »

On retrouve encore dans le rhumatisme chronique les affections bronchiques qui ont été signalées dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu. « Le pronostic du rhumatisme articulaire chronique simple, dit M. Besnier (2), n'est généralement grave, soit par les arthropathies, soit par les lésions viscérales, qu'à lointaine échéance ; le plus souvent sa gravité dérive des lésions viscérales qui lui sont propres. Ces lésions viscérales peuvent affecter tous les organes qu'elles affectent dans le rhumatisme articulaire aigu ; *les plus fré-*

(1) Durand-Fardel. Traité pratique des maladies chroniques, 1868, p. 373.

(2) Besnier. Loc. cit.

quentes sont les bronchites aiguës ou subaiguës, *tenaces*, *récidivantes*, *quinteuses*, qui frappent un si grand nombre de rhumatisants chroniques pendant la saison d'hiver. Elles peuvent se manifester simultanément, alterner avec les localisations articulaires, les précéder, ou leur succéder. »

Nous croyons devoir rapprocher de ces bronchites aiguës ou subaiguës, une des formes de bronchite chronique désignée par les Anglais sous le nom de « winter-cough » et caractérisée, d'après Walshe (1), par une toux légère, avec expectoration d'un muco-pus blanc jaunâtre d'une quantité modérée, facilement avulsible, accompagnée de peu ou point de douleurs derrière le sternum, affectant très légèrement la santé générale, l'appétit et l'embonpoint, apparaissant dans l'hiver et cessant aux approches de la belle saison.

Dans la forme osseuse du rhumatisme, la bronchite semble s'éloigner des formes éréthiques; elle tend à s'affranchir du rhumatisme et paraît dépendre davantage de la déchéance générale de l'organisme.

D'après M. Besnier, toutes les localisations viscérales du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme abarticulaire interne, peuvent appartenir également au rhumatisme chronique osseux; mais elles y sont moins importantes et moins inféodées à l'affection que dans les formes aiguë, subaiguë, chronique simple ou fibreuse du rhumatisme articulaire. Les affections préexistantes, les accidents, les complications y occupent

(1) Walshe. Traité clinique des maladies de la poitrine, traduction de Fonssagrive. Paris, 1870, p. 248.

au moins le même rang que les localisations proprement dites.

« La bronchite, dit-il, qui a souvent précédé les localisations articulaires, reparaît encore fréquemment à titre de complication ; le plus souvent elle est un des éléments des attaques d'asthme simple ou avec emphysème pulmonaire ou encore d'asthme cardiaque qu'on rencontre dans le rhumatisme chronique aussi communément que dans la goutte. »

C'est aussi ce qui ressort des leçons consacrées par M. le professeur Charcot au rhumatisme chronique (1). Après avoir signalé l'existence des congestions pulmonaires chez les sujets affectés de rhumatisme chronique, il rapporte deux observations de bronchite chronique liées à l'asthme et à l'emphysème, qu'il considère comme aussi communs dans les formes chroniques et mal définies du rhumatisme que dans la goutte.

Nous croyons utile de rapporter ici ces observations, parce qu'elles montrent nettement comment l'affection thoracique a perdu peu à peu ses allures spasmodiques pour se rapprocher de la dyspnée persistante, entretenue d'une manière continue par le développement d'une bronchite.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 60 ans qui, pendant vingt-cinq ans, avait exercé la profession de blanchisseuse.

L'asthme datait de dix ans. Au début, les accès étaient *rares et nocturnes*. A l'époque de l'observation, ils étaient tellement rapprochés, tellement confondus, que la malade passait la plus grande

(1) Charcot. Loc. cit., p. 191.

partie du jour et de la nuit assise sur son lit, respirant péniblement.

Il existait habituellement des râles sibilants qu'on entendait à distance. L'auscultation faisait reconnaître dans toute l'étendue des deux poumons une grande faiblesse du murmure vésiculaire. L'expectoration était peu abondante.

Cette femme n'avait jamais éprouvé de rhumatisme articulaire généralisé ; mais à plusieurs reprises, depuis dix-sept ans, elle avait eu des douleurs arthritiques, accompagnées de gonflement des jointures. Les articulations principalement affectées ont été les genoux, les épaules et la jointure métacarpo-phalangienne de l'index droit. Il n'y avait point de déformations caractéristiques, mais les genoux étaient le siège de craquements prononcés.

La seconde observation indique plus nettement encore comment le caractère asthmatique a dégénéré de plus en plus à mesure que le rhumatisme s'est éloigné de l'état aigu et qu'il a présenté un caractère plus vague dans ses déterminations articulaires.

Dans le second cas, il s'agissait d'une malade âgée de 66 ans. Cette femme, après avoir habité longtemps un logement très humide, paraît avoir eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu; elle est restée au lit pendant six semaines, et deux mois après s'être levée, elle ne pouvait pas marcher sans béquilles. Depuis cette époque, il y avait eu de temps en temps des lumbagos et des douleurs articulaires fugaces. A 40 ans, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire subaigu. Un accès du même genre s'était produit quatre ans avant son entrée dans le service.

La ménopause avait eu lieu à 55 ans, et c'est peu de temps après cette époque que l'oppression a commencé à paraître. Au début de l'affection pulmonaire, elle était restée deux mois environ sans pouvoir se coucher dans son lit. *Les accès*, toujours très longs, *ont d'abord été assez éloignés les uns des autres ; puis ils se sont rapprochés tellement que*, *depuis trois ans environ*, *l'oppression était permanente* ; elle augmentait beaucoup pendant la marche.

Depuis que l'affection thoracique avait acquis une telle intensité, les

douleurs étaient devenues plus vagues et plus fugaces. Point de déformation des jointures; craquements très manifestes dans les genoux.

Après un séjour assez prolongé à l'infirmerie, cette femme a fini par succomber, après avoir présenté un œdème considérable des membres inférieurs.

L'*autopsie* a permis de constater :

1° Une hypertrophie du ventricule droit, *sans lésion valvulaire du cœur et sans trace de péricardite ancienne ou récente.*

2° Des lésions articulaires presque complètement identiques à celles du rhumatisme articulaire aigu, mais sans épanchement synovial dans la jointure, et avec un état velvétique beaucoup plus prononcé des surfaces osseuses.

3° Dans les poumons, une rougeur prononcée, une *vascularisation évidente de la muqueuse des bronches;* ces conduits renfermaient une quantité considérable de mucus verdâtre et tenace.

Cette description nécroscopique est d'un grand intérêt; elle montre bien qu'il ne s'agit pas ici d'une bronchite secondaire consécutive à une de ces lésions cardiaques qui se produisent si souvent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu et dont les effets persistent dans le rhumatisme chronique plutôt qu'ils ne se développent dans cette forme. Nous pensons qu'on peut admettre dans ce cas une bronchite développée sous l'influence de la maladie constitutionnelle, ainsi que l'indique le caractère fluxionnaire de la lésion bronchique consignée dans l'autopsie. Que son apparition soit d'ailleurs provoquée par l'existence de l'asthme et de l'emphysème, elle n'en a pas moins avec la maladie constitutionnelle une relation bien plus étroite que la bronchite consécutive aux lésions cardiaques si fréquente chez les rhumatisants.

Ces bronchites peuvent se compliquer aussi de

broncho-pneumonie ; c'est du moins ce qui semble résulter de ce passage extrait de la thèse de M. Joffroy (1) : « Les bronchites chroniques se compliquent aussi de broncho-pneumonie tantôt grave, tantôt relativement bénigne. Dans ces cas, on observe, dans une première phase, que la bronchite a perdu ses caractères habituels et en général que la dyspnée est plus marquée ; et ce n'est que dans une seconde phase que la respiration devient plus difficile et que l'on constate les signes d'une broncho-pneumonie. Ici il n'y a pas lieu de discuter sur les mots pour savoir si la broncho-pneumonie est secondaire, car *les bronchites chroniques sont toujours diathésiques* (*goutte, rhumatisme, dartres*, etc.). C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger les broncho-pneumonies des asthmatiques, ainsi que des diabétiques; mais dans ce dernier cas nous manquons de données certaines, la broncho-pneumonie des diabétiques ayant dû être souvent confondue avec la pneumonie tuberculeuse. »

d. *Dans le rhumatisme abarticulaire et dans le rhumatisme vague ou généralisé*, — Enfin, chez les rhumatisants, en dehors même de toute arthropathie, on observe des bronchites aiguës, ou subaiguës, offrant aussi un caractère spasmodique, et tout à fait comparable à celles que nous avons signalées à propos du rhumatisme articulaire aigu. En traitant du *rhumatisme abarticulaire*, M. Homolle (2) écrit : « La trachéo-bronchite qui donne lieu à des accès violents de toux bruyante, spasmodi-

(1) Joffroy. Des différentes formes de la broncho-pneumonie. Thèse Paris, 1880, p. 151.

(2) Homolle. Loc. cit., p. 734.

que, quelquefois suffocante, et qui s'accompagne souvent de vives douleurs rétro-sternales, est la forme la plus caractéristique de la bronchite des sujets rhumatisants. Ce n'est pas à dire qu'on n'observe souvent chez eux de simples catarrhes bronchiques.

« L'association de l'hyperémie pulmonaire ou de la broncho-pneumonie est fréquente surtout lorsque l'emphysème s'est développé à la suite de bronchites répétées. En l'absence même de cette complication, *la bronchite des rhumatisants est souvent*, au poiut de vue des signes stéthoscopiques, *circonscrite en un foyer*, *fixe ou mobile*, comme sont les bronchites secondaires ou diathésiques en général, et non pas diffuse ou limitée aux deux bases, comme dans le catarrhe simple. Il est extrêmement probable que la congestion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire joue un grand rôle dans cette délimitation des foyers morbides. — Le siège même du foyer n'a pas une très notable importance ; il n'est pas démontré que *les râles sous-axillaires* aient la valeur séméiotique qui leur a été attribuée (E. Collin), et qu'ils indiquent avec quelque certitude la nature arthritique d'une affection des voies respiratoires.

« La prédominance de la bronchite au sommet a beaucoup plus de signification ; il est possible que l'hyperémie pulmonaire occupe cette région d'une façon passagère sans que la tuberculose soit en cause ; mais quand la bronchite se répète et prédomine en ce même point, il y a des présomptions graves que l'affection est de nature tuberculeuse. Il faudrait des observations démonstratives pour faire admettre l'hypothèse d'une hyperémie arthritique des sommets simulant la phthisie. »

Eléments de diagnostic.

Si nous cherchons maintenant à résumer les caractères assignés aux bronchites rhumatismales par les auteurs, nous voyons qu'aucun d'eux ne peut être *pathognomonique* ; mais lorsqu'on trouvera réunis plusieurs d'entre eux chez des sujets atteints de bronchite, nous pensons qu'il sera possible souvent de reconnaître la nature rhumatismale de cette affection ou de présumer du moins la relation étroite qui unit les troubles des voies respiratoires à la maladie constitutionnelle.

« Les auteurs, dit M. Besnier (1), qui ont traité soit du rhumatisme, soit de la bronchite, n'ont généralement pas apporté une attention suffisante à différencier les phlegmasies accidentelles des bronches des mêmes affections émanant des maladies constitutionnelles ou échéant à des individus atteints de ces maladies. Cependant, absolument en dehors de la phthisie, combien de bronchites sont graves, longues, tenaces, résistant à tous les moyens employés, qui ne sont autre chose que des *bronchites de nature spéciale* bien qu'elles se soient développées chez des sujets en proie à une maladie constitutionnelle! Ici encore, nous retrouvons chez ces malades *presque indifféremment* le rhumatisme, la goutte ou l'herpétisme.

« La détermination de la nature rhumatismale d'une affection, dit le même auteur, ne se peut presque jamais faire que par un ensemble de caractères, très exceptionnellement par un seul; une affection ne doit être qua-

(1) Besnier. Loc. cit.

lifiée de rhumatismale que par l'ensemble des caractères offerts par le sujet et par l'affection qu'on étudie. *A la vérité, quelques phénomènes symptomatiques des affections rhumatismales sont positivement spéciaux, mais aucun n'est spécifique.* La qualité de rhumatisant est bien un indice important pour supposer rhumatismale une affection dont la nature est indécise, mais le rhumatisant n'est à l'abri ni des affections communes, ni des affections propres aux autres maladies articulaires quelconques. »

Quelle que soit la considération qu'on invoque, si elle est isolée, sa valeur est nulle ou insuffisante pour caractériser la nature de l'affection.

« L'existence d'une diathèse goutteuse ou rhumatismale, dit M. Durand-Fardel (1), ne saurait préserver les individus qui en sont atteints des maladies accidentelles auxquelles l'action des agents extérieurs expose les organes, soit dans leur texture, soit dans leur activité. Ensuite, la faculté qui appartient à tous les actes pathologiques de caractère aigu de se mouvoir dans l'organisme, de se porter, par extension ou par échange, d'un point sur un autre de texture identique ou de texture différente, crée, pour les rhumatisants comme pour les goutteux, une occasion d'actes pathologiques nouveaux, se reliant directement à ceux par lesquels ces diathèses se manifestent naturellement.

« Or, la seule influence que la diathèse rhumatismale paraisse exercer sur les actes pathologiques qui se développent dans un milieu organique soumis à son em-

(1) Durand-Fardel. Loc. cit., p. 374.

pire, est de leur communiquer un *caractère particulièrement mobile et superficiel*, tantôt plus, tantôt moins marqué. Ce n'est là, comme on le voit, qu'une qualité, relative, qui n'est même pas précisément caractéristique, car la goutte et l'herpétisme nous offrent exactement les mêmes circonstances. »

En l'absence de tout signe pathognomonique, nous trouvons signalés parmi les auteurs un certain nombre d'indices tirés soit des caractères de la bronchite elle-même, parmi lesquels la mobilité et la forme spasmodique nous paraissent mériter une place particulière, soit des circonstances au milieu desquelles la bronchite se développe et qui contribuent à révéler la nature même de la maladie générale dans le cours de laquelle elle se montre, à éclairer pour ainsi dire le terrain constitutionnel sur lequel elle évolue.

Parmi les caractères inhérents à la bronchite même. on doit tenir compte, s'il s'agit d'une bronchite aiguë ou subaiguë :

De la rapidité de l'apparition ;

De la promptitude de la disparition (Ball) ;

De la mobilité des phénomènes stéthoscopiques (Vulpian, Homolle, Joffroy), — de leur développement souvent latent (Besnier), — de leur délitescence rapide (Vulpian), et de leur siège en un foyer circonscrit, fixe ou mobile (Homolle) ; peut-être aussi de leur prédominance à la région sous-axillaire (E. Collin) ;

Du caractère spasmodique et quinteux de la toux ;

Des paroxysmes nocturnes ;

De la douleur rétro-sternale ;

De l'impressionnabilité aux influences atmosphériques

(Besnier); enfin de l'absence souvent complète de lésions profondes (Ball).

Parmi les indices relatifs aux circonstances dans lesquelles l'affection se développe, nous signalerons :

Sa coïncidence avec d'autres affections rhumatismales ou l'alternance des manifestations morbides (Ball);

Son apparition au moment où des phénomènes articulaires disparaissent, ou bien immédiatement avant des affections arthropathiques ;

L'existence de sueurs profuses à odeur caractéristique ;

L'existence d'affections rhumatismales antérieures (Vulpian);

L'hérédité (Besnier);

L'étiologie (variations brusques de température, froid hmide, — misère, alimentation insuffisante) opposée aux circonstances qui président au développement de la goutte (Charcot).

Nous pensons qu'il convient de tenir compte aussi, lorsqu'on est en présence d'un sujet rhumatisant, de la répétition plus ou moins fréquente des bronchites, et de leur prédominance pendant la saison froide, de leur suspension quelquefois complète pendant l'été et de leur retour plus ou moins régulier en hiver.

Enfin la dégradation progressive de la forme spasmodique, s'il s'agit d'une bronchite chronique, la dégénérescence d'un asthme véritable, accompagné ou non d'emphysème, peut être rattachée parfois au rhumatisme, bien qu'on l'observe également chez les sujets herpétiques et plus souvent encore chez les goutteux. Ces bronchites, qui se relient peut-être d'une manière

moins directe à la constitution rhumatismale, doivent être distinguées des bronchites provoquées par l'invasion de la diathèse tuberculeuse qui persistent généralement localisées aux sommets, ou de celles qui sont consécutives aux lésions organiques du cœur et qui occupent en général une grande étendue dans les deux côtés de la poitrine.

Valeur pronostique.

La bronchite aiguë qui apparaît au début du rhumatisme s'accompagne généralement d'un mouvement fébrile d'ailleurs irrégulier, et dans les cas où elle précède les phénomènes articulaires, c'est à elle qu'on peut attribuer la fièvre que présentent à ce moment les sujets rhumatisants (Jaccoud).

Mais l'élévation de température que provoque la bronchite, et l'accroissement des douleurs qui résulte des secousses de la toux n'est pas le seul élément dont on ait à tenir compte si l'on veut apprécier la valeur pronostique des affections pulmonaires qui se montrent au cours d'un rhumatisme.

« Le pronostic de ces affections, dit M. Ball (1), est moins grave au point de vue local que sous le rapport de la disposition générale dont elles sont l'indice. Souvent, en effet, nous les voyons se résoudre avec une facilité merveilleuse ; mais c'est surtout alors qu'on peut craindre l'explosion des accidents formidables (accidents cérébraux) sur lesquels nous avons insisté. »

Ces accidents surviennent principalement lorsque

(1) Ball. Loc. cit., p. 58.

l'affection pulmonaire coïncide avec des troubles cardiaques ; mais nous pensons qu'on peut, en dehors de toute détermination cardiaque, appliquer à certaines bronchites, au moins en partie, ce que M. Vulpian dit au sujet des bronchopneumonies secondaires : « Elles indiquent, plus que les affections cardiaques, une tendance à la diffusion des manifestations rhumatismales » (1).

Nous rapportons, à la fin de ce travail, une observation recueillie par M. le Dr Charnal, alors interne à la maison de santé, dans le service de M. le Dr Vigla. Dans cette observation, nous voyons une bronchite chronique, avec accès d'asthme au début, chez un rhumatisant qui mourut d'accidents cérébraux sans avoir présenté aucun bruit cardiaque anormal.

Enfin, la bronchite chronique, qui résulte d'un asthme dégénéré, peut devenir grave par elle-même surtout chez les malades avancés en âge et cachectisés ; et chez les sujets plus jeunes, elle doit contribuer à entretenir les tourments provoqués par l'angine granuleuse spéciale qu'on signale assez souvent chez les rhumatisants, et participer ainsi au développement de l'hypochondrie qui les obsède parfois à l'égal des sujets herpétiques.

CONCLUSION.

Nous voyons, en résumé, qu'on peut observer chez les rhumatisants :

(1) Vulpian. Th. Paris, 1860, p. 84.

1° *Des bronchites aiguës*, généralement légères, accompagnées ou non de laryngite et de coryza, qui surviennent au début ou dans le cours des attaques de rhumatisme, et qu'on a rattachées directement à la maladie constitutionnelle, en raison de leur coïncidence fréquente avec ces attaques, de leur allure fluxionnaire, de leur rapide délitescence et du caractère superficiel et mobile des congestions qui les compliquent.

2° *Des bronchites subaiguës* et *chroniques*, à forme spasmodique, qui présentent pendant l'été des rémissions souvent complètes et qui pendant l'hiver subissent des exacerbations fréquentes ; ces bronchites, caractérisées par leur susceptibilité aux variations brusques de température, se développent parfois d'une manière latente et sont remarquables par la mobilité des phénomènes stéthoscopiques.

3° Enfin *des bronchites chroniques*, et *invétérées*, qui ont perdu leur caractère éréthique et qui représentent souvent les séquelles d'un asthme dégénéré.

III.

Goutte.

A. Exposé des caractères de la goutte.

« La goutte, dit M. le professeur Charcot (1), est une maladie héréditaire, constitutionnelle, primitivement chronique, malgré ses manifestations aiguës.

« Mais la goutte est quelquefois aussi une maladie acquise, tantôt par des écarts de régime, tantôt par d'autres causes ; c'est là une sorte de génération spontanée. »

M. le professeur Jaccoud (2), définit la goutte : « une maladie *constitutionnelle*, souvent héréditaire, caractérisée par une *dyscrasie urique* et par des attaques de *fluxions articulaires spécifiques*, susceptibles de *métastase* et de *compensation*. » Aussi distingue-t-il trois formes de goutte :

1° Une goutte normale, qui présente des phénomènes articulaires seulement ;

2° Une goutte anormale, qui comprend les accidents viscéraux par fluxion métastatique ou compensatrice ;

3° Une goutte compliquée, qui offre à la fois des phénomènes articulaires et des affections viscérales.

(1) Charcot. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards, p. 234.
(2) Jaccoud. Pathologie interne, t. II, p. 525.

Il insiste sur les affinités que la goutte présente avec le rhumatisme, et déclare qu'elle n'en diffère que par le degré de la dyscrasie urique.

Nous avons indiqué déja l'opinion de M. Guéneau de Mussy, qui considère la « diathèse goutteuse comme une sorte de *substratum héréditaire* » sur lequel peuvent venir se greffer des manifestations rhumatismales. Voici comment il s'exprime au sujet de la nature de la goutte (1) : « En étendant aussi loin que possible le rôle de l'acide urique dans les phénomènes goutteux, a-t-on étreint la nature de la goutte ? L'acide urique est l'effet d'une combustion incomplète, qui manifeste un trouble de nutrition primordial, ayant sa racine dans l'ensemble de la constitution, dans la race elle-même, puisqu'elle se transmet par hérédité ; c'est ce trouble, si on pouvait l'atteindre et le définir, qui constituerait la goutte. L'acide urique, où qu'il se forme, n'en est que l'étiquette. D'ailleurs rien ne prouve qu'il soit le signe constant et nécessaire de toute lésion goutteuse, ou qu'il ne puisse se former en excès, hors de la goutte. »

Dans l'article goutte du Dictionnaire de Littré et Robin (2), on lit : « La goutte est le résultat d'un trouble de nutrition des tissus fibreux en général, qui prédominent aux articulations, comme on sait, et dans lesquels se produisent par désassimilation les urates, comme la créatine dans les muscles. La goutte est donc la conséquence d'une pertubation de la nutrition, une affection primitivement générale, qui existe depuis

(1) Guéneau de Mussy. Leçons de clinique médicale, t. I, p. 319.
(2) Dictionnaire de Littré et Robin. 13e édition. Paris, 1873, p. 687.

longtemps lorsque les manifestations en ont lieu, et qui est héréditaire comme le sont les qualités de la plupart de nos tissus. Son apparition, sa marche, la mobilité et la variété de ses manifestations locales selon les individus sont celles de beaucoup d'affections générales et la distinguent du rhumatisme, qui est toujours local avant de devenir général, et dont les causes sont différentes. »

D'après M. Bouchardat (1), la différence entre la goutte et le rhumatisme se traduit par une différence morphologique dans la nature des dépôts qui se produisent : « Le rhumatisme articulaire aigu, dit-il, succède souvent à une *dépense excessive*, non en rapport avec la réparation. Les dépôts qui affectent le plus souvent les grandes articulations sont des *dépôts colloïdes* organisés. Dans la goutte, au contraire, la dépense est insuffisante en rapport avec l'excès d'alimentation ; les dépôts sont *cristalloïdes* (urates sodiques); ils se localisent principalement dans les petites articulations. »

Nous n'avons pas à faire ici l'historique de la goutte ; nous dirons seulement qu'à l'époque d'Arêtée l'attention des médecins était principalement fixée sur les localisations articulaires, et que suivant la jointure affectée, la maladie était désignée sous les noms de podagre, chiragre, gonagre, etc. Ce ne fut qu'au XIIIe siècle que Radulfe en fit une entité morbide qu'il décrivit sous la dénomination de goutte.

Au XVIIe siècle, on se préoccupa davantage des rela-

(1) Bouchardat. Traité d'hygiène. Paris, 1881, p. 692.

tions qui rattachent la maladie articulaire aux affections internes; Boerhave, parmi les solidistes, assigna aux troubles gastriques un rôle prédominant dans la genèse des symptômes goutteux. Cullen, et plusieurs médecins à sa suite, virent dans la goutte une maladie générale dans laquelle l'atonie du système nerveux représentait l'élément pathogénique prépondérant.

A la suite de Van Helmont, Stahl et son école rapportent à une altération de la force vitale les manifestations de la goutte dans laquelle ils reconnaissent un trouble de la nutrition générale. Après s'être contentés pendant longtemps de mettre en cause ce qu'ils appelaient vaguement l'acrimonie des humeurs, les humoristes virent, avec Sydenham, dans les paroxysmes de la goutte un effort de la nature pour éliminer la matière morbifique. Plus récemment, Bateman, reprenant en partie la théorie émise autrefois par Cullen, chercha à rattacher tous les troubles de la maladie goutteuse à l'altération des éléments constitutifs du sang et aux conséquences de la pléthore sanguine.

Pierre Desault avait déjà attiré l'attention sur les altérations cutanées dans la goutte, et notamment sur les troubles relatifs à la transpiration, lorsque Lorry, dans un ouvrage intitulé *De præcipuis morborum mutationibus et conversionibus*, signala l'alternance et le balancement des phénomènes articulaires avec diverses affections cutanées.

L'étude la plus remarquable de ce siècle sur la goutte au point de vue de sa nature et de ses diverses manifestations, est celle de Garrod, qui rattache toutes les

affections qu'on y observe à l'accumulation de l'urate de soude dans le sang et dans les tissus.

La goutte, extrêmement rare dans l'enfance et dans la puberté, est une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse. Mais avant l'apparition des premiers symptômes on peut reconnaître quelquefois des indices de la constitution goutteuse, soit chez les sujets nés de parents arthritiques, soit chez les individus plus âgés que leur régime et leurs habitudes ont prédisposés à la goutte acquise. Ces indices, d'après les auteurs, sont : des épistaxis à répétition, qu'on peut observer dès l'enfance; puis, pendant la puberté, des migraines, des névralgies, notamment des gastralgies avec pyrosis; du côté de la peau, de l'érythème, de l'acné, de l'eczéma, du psoriasis ; du côté de la poitrine, on a noté l'existence de l'asthme, ainsi que de l'angine de poitrine. Chez la femme on constate fréquemment les symptômes d'une dysménorrhée indépendante de toute chlorose et de toute lésion locale.

Les indices qui permettent de prévoir l'invasion de la goutte, indépendante d'un état héréditaire, résultent d'un vice de régime, entre autres de la nourriture exagérée, de l'insuffisance des dépenses, et de l'abus des aliments d'épargne. Vogel insiste sur la pléthore sanguine qui en dérive et à laquelle il rattache la plupart des phénoménes observés : l'embonpoint, le développement du ventre, les varices, les hémorrhoïdes, les varicosités de la face, l'irrégularité des battements cardiaques, la gêne de la respiration, la somnolence qui suit les digestions laborieuses accompagnées de flatulence

et de pyrosis. L'urine, plus acide qu'à l'état normal, est chargée de sédiments. Les sueurs sont facilement abondantes et acides. La peau, très irritable, est sujette aux démangeaisons, et l'on a signalé la mobilité du caractère.

C'est généralement au milieu de ces circonstances, et sous l'influence d'une cause occasionnelle, qui, suivant Garrod, tendrait à diminuer brusquement l'élimination de l'acide urique par les émonctoires ordinaires, qu'on voit éclater un accès de goutte aiguë.

La goutte aiguë normale procède par attaques franches que séparent des intervalles libres. Elles peuvent être précédées de prodromes, généralement les mêmes pour chaque individu. Trousseau (1) signale parmi ces symptômes prémonitoires : des accidents dyspeptiques, un gonflement du foie, des troubles nerveux se traduisant par de la dépression ou de l'irritabilité intellectuelle, des spasmes et des grincements de dents, des ophthalmies, une urine sablonneuse et rouge qui provoque dans l'urèthre un sentiment de cuisson et parfois même une « blennorrhagie goutteuse », peu rebelle.

Les premières attaques sont nocturnes et peuvent être précédées d'un bien-être relatif (Jaccoud). Pendant le paroxysme, qui se localise le plus souvent dans une ou plusieurs des petites articulations, et notamment dans le gros orteil, la douleur est intense et s'accompagne de tuméfaction, de rougeur et de fièvre. Il se termine généralement le matin, *sub galli cantu* (Scuda-

(1) Trousseau. Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 349.

more), par une transpiration résolutive ; les douleurs vont en diminuant, mais il reste une turgescence veineuse, un léger œdème, et la résolution s'accompagne de démangeaisons et de desquamation. Pendant l'attaque, l'acide urique est au minimum dans l'urine, et au maximum dans le sang ; plusieurs auteurs ont considéré les attaques de goutte comme des crises favorables, en raison du sentiment de bien-être qui leur succède très fréquemment.

Elles sont généralement périodiques et reviennent d'abord une ou deux fois par an, à la même époque, laissant au bout d'un certain temps des dépôts articulaires qui finissent par constituer de véritables difformités, différant de celles du rhumatisme noueux par leur forme moins régulière.

La goutte chronique normale, primitive ou consécutive, se compose d'attaques moins fortes, plus longues et le plus souvent apyrétiques ; l'état gastrique ainsi que les désordres nerveux se prolongent davantage. Il n'y a pas entre chaque attaque un intervalle de santé parfaite. On n'observe guère de crises paroxystiques. Les articulations demeurent le siège d'une gêne persistante, et dans la goutte fixe, plus que dans la goutte erratique, les tophus des jointures peuvent être éliminés par suppuration. La goutte chronique peut aboutir, en dehors de toute complication, à la cachexie goutteuse, accompagnée d'œdème, ou bien à la goutte asthénique dans laquelle les attaques ont une forme plus torpide et les phénomènes dyspeptiques et lipothymiques sont plus accentués. C'est là la goutte atonique, blanche ou nerveuse des anciens auteurs : elle indique souvent

l'imminence de la goutte anormale. La mort dans la goutte chronique est due aux complications le plus souvent.

Dans la *goutte anormale* et dans la *goutte compliquée*, les principales affections signalées, sont :

Du côté de la peau, certaines affections cutanées, parmi lesquelles on a mentionné surtout l'eczéma et le psoriasis sur lesquels insiste Greenhow, et que M. Charcot considère comme étant seuls de nature goutteuse, les autres arthritides étant de nature rhumatismale. Nous citerons à côté de ces dermatoses, les plaques crétacées de la paume des mains et du pavillon de l'oreille ;

Du côté de l'estomac, des troubles tellement fréquents que M. Charcot (1) a pu dire : « La goutte est à l'estomac ce que le rhumatisme est au cœur ; »

Du côté du foie, la gravelle biliaire, la congestion, l'hépatite chronique compliquée parfois de concrétions calcaires ;

Du côté des reins, l'albuminurie et la lithiase ;

Du côté des poumons, l'asthme, le catarrhe, l'emphysème et les concrétions calcaires des bronches (2);

Du côté du cœur, des troubles fonctionnels amenant directement la dégénérescence graisseuse du myocarde au lieu d'attaquer l'endocarde ou le péricarde, comme font les affections rhumatismales ;

Du côté du cerveau, l'hémorrhagie cérébrale, conséquence de l'athérome artériel, la céphalée, le délire méningitique, les convulsions épileptiformes, opposées aux convulsions choréiques du rhumatisme (Van Swie-

(1) Loc. cit.
(2) Léger. Traité de la goutte, 1753.

ten, Todd, Garrod); l'aphasie, qui n'atteint guère les rhumatisants qu'à la suite d'embolies; enfin des manifestations encéphaliques moins graves que dans le rhumatisme, et constituant ce qu'on appelle la goutte cérébrale larvée. Au nombre de ces complications, il faut compter la syncope, qui peut entraîner la mort du malade.

« Il y a certainement, dit M. le professeur Chauffard (1), dans la disparition de la goutte interne, comme dans son apparition et dans son développement, quelque chose d'insolite qui attirera inévitablement par son étrangeté l'attention d'un clinicien exercé. L'apparition, en effet, de ces phénomènes goutteux, anormaux, est en général subite, violente ; le développement morbide devient extrême à l'instant; la vie semble menacée à bref délai ; et souvent avec cela quelque signe particulier semble confirmer le péril attesté par l'ensemble. Puis, tout-à-coup, et la plupart du temps sans médication active, ou sous l'influence d'une médication topique, provocatrice de la goutte à l'extérieur, tous les symptômes alarmants cessent, non pas par décroissance plus ou moins rapide, mais brusquement et à l'étonnement de tous et du médecin. Il y a une telle promptitude dans le déplacemeut de l'activité morbide, et une nouvelle prise de possession si instantanément complète dans la partie où migre le travail pathologique, que j'oserais presque en faire le caractère d'un grand nombre de gouttes rétrocédées, internes, viscérales ou de métastases goutteuses. Notez, en outre, que ces trans-

(1) Chauffard. Th. d'agrég. Paris, 1857, p. 22.

ports si subits ont lieu, non sur des sujets jeunes et irritables, à sensibilité hygide et morbide très éveillée, à activité organique surexcitée, mais qu'ils se passent sur des corps le plus souvent émoussés par l'âge, usés par les fatigues, par le genre de vie antécédent, par tous les abus et par la maladie enfin ; car les métastases goutteuses sont d'autant plus fréquentes que la goutte est depuis plus longtemps en possession du corps. »

Dans la *goutte anormale*, plus fréquente dans la forme chronique que dans la forme aiguë, les déterminations, toutes abarticulaires, peuvent avoir lieu par métastase : en ce cas on voit, dans une même attaque, la goutte articulaire se transformer en goutte abarticulaire, sous l'influence de réflexes ou de fluxions cutanées et viscérales, donnant lieu ainsi à la dysentérie, à la cardialgie, à l'asthme, aux vertiges, au délire, au coma. Cette métastase s'opère soit sous l'action d'une cause déterminante, telle que le froid, un écart de régime (*goutte rétrocédée*), soit sans cause appréciable (*goutte remontée spontanément*) ; si la localisation, d'abord abarticulaire, se porte sur les jointures dans le cours de la même attaque, cette migration reçoit le nom de métaptose.

La goutte est appelée *abarticulaire alternante* lorsque, dans des attaques différentes, une des manifestations abarticulaires remplace une ou plusieurs déterminations articulaires.

Enfin, si dans toutes les attaques observées jusqu'alors, la goutte est restée abarticulaire, elle prend la qualification de *larvée*. La plupart des auteurs admettent la réalité de cette goutte larvée ; mais on conçoit

les difficultés qu'on éprouve à la distinguer de l'état arthritique indéterminé qui constitue pour M. Charcot une base commune à la goutte et au rhumatisme. C'est alors surtout qu'il conviendra de tenir compte des antécédents héréditaires, de l'âge, du régime et des habitudes, des causes déterminantes occasionnelles, puis des attributs assignés par les auteurs à la constitution goutteuse, tels que les épistaxis répétées, les varicosités de la face, les gastralgies rebelles avec pyrosis, quelquefois la précocité de l'asthme ou de l'angine de poitrine. Il faudra enfin avoir présentes à l'esprit les affections qui paraissent s'observer plus spécialement dans la forme goutteuse de l'arthritis, telles que l'eczèma et le psoriasis, les plaques crétacées des mains et des oreilles, la néphrite goutteuse, et peut-être à titre exceptionnel le rejet de concrétions calculeuses des voies respiratoires. Parmi les différences qu'il a observées entre le rhumatisme et la goutte, M. Charcot signale : la fréquence moindre chez les goutteux des affections endocardiques ou péricardiques, l'apparition moins précoce de l'anémie, la forme généralement moins grave des affections cérébrales et le caractère plutôt épileptiforme que choréiforme des convulsions ; l'abondance moindre et l'acidité moins marquée des sueurs, la proportion moindre de l'acide urique dans les urines et sa présence dans le sang ou dans les tissus.

B. Des bronchites signalées chez les goutteux.

« On a pensé, disent les auteurs du Compendium de médecine (1), que la rétrocession de la goutte peut quelquefois occasionner la bronchite. » Mais ailleurs (2), ils écrivent : « Le catarrhe goutteux et la péripneumonie goutteuse n'ont d'autres signes que ceux de la bronchite et de la pneumonie ordinaire; ils n'ont donc de spécial que de se déclarer chez des goutteux. »

Garrod, en traitant des formes irrégulières de la goutte, a soin de déclarer que les bronchites, développées sous l'influence du froid chez les goutteux, ne doivent pas être comptées au nombre des affections goutteuses. Mais parmi les affections pulmonaires qu'on observe dans le cours de cette maladie constitutionnelle, il en est qui sont considérées par Garrod et par d'autres auteurs comme de nature réellement goutteuse. Nous avons vu déjà que Trousseau signale parmi les manifestations viscérales de la goutte « des affections catarrhales pulmonaires ». Les auteurs du compendium (3) mentionnent la dyspnée apparaissant en dehors de toute lésion cardiaque chez les goutteux, et en font un trouble purement sympathique : M. le professeur Jaccoud (4), dans son traité de pathologie interne note, parmi les complications de la goutte : l'asthme,

(1) Compendium de médecine. Art. Bronchites, t. I, p. 655.

(2) Compendium de médecine. Art. Goutte, t. IV, p. 346.

(3) Compendium de médecine. Art. Goutte, t. IV, p. 345.

(4) Jaccoud. Pathologie interne, t. II, p. 536.

avec ses suites, le catarrhe et l'emphysème pulmonaire, avec ou sans bronchectasie. — Dans sa thèse, M. Ball (1), rappelle la fréquence des catarrhes bronchiques qui, chez les sujets goutteux peuvent se compliquer de pleurésie. Déjà Scudamore (2) avait insisté sur l'existence des bronchites chroniques dans la goutte : « Une toux chronique, écrit-il, est assez commune, et dans quelques cas elle précède la maladie et continue avec elle. Cette toux doit-être tout à fait distinguée de la toux catarrhale récente et des symptômes qui quelquefois annoncent le paroxysme ». Et plus loin, il ajoute : « Les membranes muqueuses des parties qui ont été une fois attaquées par la maladie ou qui sont disposées à la contracter, sont très sujettes à acquérir un état morbide par sympathie apparente. »

M. le professeur Hayem (3), après avoir consigné dans sa thèse les résultats signalés par M. Greenhow dans la Lancette, n'admet « qu'avec réserve l'existence d'une bronchite goutteuse, réellement symptomatique de cette diathèse. »

Caractères des bronchites observées chez les goutteux.

a. *Dans la goutte aiguë.* — « La toux et la dyspnée, dit Garrod, doivent être comptées parmi les manifestations les plus fréquentes de la diathèse goutteuse. Tous les auteurs reconnaissent l'existence d'une toux gout-

(1) Ball. Th. Paris, 1866, p. 157.

(2) Scudamore. Traité sur la nature de la goutte et du rhumatisme, traduct. de Deschamps. Paris, 1820, p. 17.

(3) Hayem. Loc. cit., p. 94.

teuse qui précède et quelquefois accompagne les accès de goutte articulaire. » Il ne s'agit pas ici uniquement de la dyspnée sympathique et nerveuse que signalent les auteurs du Compendium ou de l'asthme purement nerveux de M. Charcot; en traitant de la goutte aiguë, Garrod (1), écrit : « Lors des attaques, les goutteux accusent ordinairement des phénomènes prodromiques........ S'il existe une prédisposition à la *bronchite* ou à quelque autre affection chronique des poumons, on voit parfois la toux et la dyspnée subir une exacerbation dans le temps qui précède l'attaque de goutte et s'amender notablement au moment du paroxysme. »

Robertson (2), à l'exemple de Van Swieten, de Barthez et de Stokes, admet des bronchites de nature goutteuse, et signale une *sensation d'ardeur et de sécheresse des bronches*, *accompagnée d'une toux sifflante et paroxystique* qui se termine habituellement par une expectoration plus ou moins abondante. Cette bronchite, d'ailleurs plus fréquente chez les gens âgés, résiste aux moyens thérapeutiques habituels et disparaît rarement sans une attaque de goutte articulaire. Elle semble dénoter un état congestif de la muqueuse bronchique, et l'on est tenté de lui appliquer ce que Trousseau (3) dit au sujet des accidents thoraciques de la goutte : « Cette goutte viscérale semble être le résultat d'une sorte de fluxion imparfaite, analogue à celle qui se fait du côté des articulations. »

(1) Garrod. La goutte, sa nature et son traitement, traduct. d'Ollivier. Paris, 1867, p. 24.

(2) Robertson. The nature and treatment of gout. London, 1865.

(3) Trousseau. Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 372.

b. *Dans la goutte chronique.* — Dans la goutte chronique on peut observer des bronchites, qui sont la continuation des bronchites observées dans la goutte aiguë et passées à l'état chronique. La seconde forme d'asthme goutteux signalée par M. Charcot et accompagnée d'emphysème et de catarrhe a produit une bronchite permanente sujette à de rares rémissions et à des recrudescences subaiguës, notamment aux époques où la goutte semble reprendre une allure plus vivace. Si la maladie, comme dans certains cas, aboutit à la forme décrite sous le nom de cachexie goutteuse, on pourra renconter des bronchites ultimes qui ne différeront point des bronchites suffocantes ou des bronchites hypostatiques communes à tous les états cachectiques ; enfin sous l'influence des lésions rénales on pourra voir apparaître avec ou sans troubles cérébraux des bronchites urémiques.

Mais le plus souvent la goutte régulière, au lieu d'aboutir à cette cachexie goutteuse, dégénère en goutte anormale, et dans ce cas, qui est de beaucoup le plus fréquent, on peut observer des bronchites spéciales, remarquables par leur alternance et leur balancement avec les diverses manifestations de la goutte abarticulaire et de la goutte compliquée.

c. *Dans la goutte compliquée et dans la goutte anormale.* — On observe souvent chez les individus sujets à la goutte avec ou sans phénomènes articulaires, une disposition marquée non seulement à contracter des bronchites, mais encore à les conserver sous la forme chronique ou sous la forme subaiguë. « Chez les gout-

teux, dit M. Barth (1), la bronchite a une grande tendance à se prolonger, même à l'état subaigu, donnant lieu à des râles persistants à la partie postérieure et inférieure de la poitrine. »

Dans sa thèse sur les manifestations de la goutte sur les muqueuses respiratoires, M. Charreyron indique la fréquence des congestions bronchiques qui tout d'abord intermittentes finissent par s'établir d'une manière définitive.

Cet état congestif habituel des bronches constituait pour Trousseau (2) une manifestation de la maladie constitutionnelle, car il dit après avoir parlé des affections rénales : « Une forme presque aussi fréquente de la goutte viscérale, c'est le catarrhe pulmonaire par lequel un grand nombre de vieux goutteux terminent leur existence. Ce catarrhe donne lieu à un état congestif habituel de l'appareil respiratoire ; ce travail congestif se traduit à l'auscultation par des râles sous-crépitants fins, par les signes d'une bronchite chronique qu'il n'est pas rare de voir se compliquer d'épanchements pleuraux survenant d'une manière latente. »

Déjà Laënnec (3) avait reconnu la fréquence de la congestion des bronches chez les goutteux, car il considérait la forme de bronchite chronique, caractérisée par une toux très pénible, par une oppression très grande, par une expectoration rare de crachats perlés, qu'il a décrite sous la dénomination de catarrhe sec, comme

(1) Barth. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Bronchites, p. 737.

(2) Trousseau. Loc. cit., p. 367.

(3) Laënnec. Traité de l'auscultation, 2e édition, t. I, p. 171.

très commune chez les dartreux, les hypochondriaques et les goutteux.

Mais, bien que la bronchite des goutteux ne revête guère la forme de bronchorrée abondante qu'on observe si souvent chez les individus scrofuleux, elle est loin d'être toujours caractérisée par une expectoration aussi rare que tendrait à l'indiquer la désignation de catarrhe sec. Les observations recueillies par M. Greenhow (1) montrent que l'expectoration, qui souvent consiste en crachats *épais*, *aérés*, *transparents et bleuâtres*, se présente dans quelques cas sous une forme opaque et muco-purulente (obs. IV).

Ces observations prouvent aussi que la bronchite chronique peut se raviver à certains moments et reprendre pour un temps la forme aiguë ou subaiguë. (Obs. IV et VI.)

Tandis que chez les rhumatisants la bronchite paraît plutôt influencée par les variations brusques de température, chez les goutteux, elle semble être plutôt sous la dépendance des écarts de régime que sous celle des saisons. On la voit survenir et s'exaspérer en été aussi bien qu'en hiver. Les températures extrêmes, de chaleur comme de froid, paraissent également défavorables, et sous ce rapport, une atmosphère brumeuse, modérément humide, a paru dans quelques cas convenir à certains goutteux. Dans bien des cas, la bronchite se déclare où s'exaspère sans cause extérieure appréciable.

En revanche, il ressort des observations en question,

(1) Greenhow. On gouty bronchitis, in the Lancet, 1867.

que cette bronchite disparaît ou s'amende au moment où la goutte articulaire se manifeste, et que d'autres fois elle reparaît ou se ravive quand l'arthropathie s'efface. Elle s'accompagne généralement d'une oppression assez marquée, qui peut être permanente ou présenter une allure plus paroxystique et se rapprocher de la dyspnée asthmatique. Si, comme le dit Trousseau, la bronchite contribue fréquemment à hâter la fin des sujets goutteux, elle peut revêtir aussi une forme légère et demeurer compatible avec une santé suffisante pour permettre au patient de vaquer à ses occupations.

Voici une observation rapportée par M. Greenhow comme un « cas léger de bronchite goutteuse dans lequel l'affection était évidemment soulagée par l'apparition d'un paroxysme de goutte » :

Alf. B..., âgé de 49 ans, peintre, se présente à l'hôpital le 3 novembre 1865. C'est un homme grand et vigoureux dont la poitrine est ample et large. L'histoire de ses antécédents de famille révèle une tendance très marquée aux affections des bronches ainsi que l'existence d'un vice goutteux. Son père, sa mère et son frère sont morts d'asthme, dit-il, c'est-à-dire de bronchite chronique et de ses suites. Deux autres frères, alors en vie, étaient atteints de bronchite chronique ; un autre frère encore souffrait de la goutte. Le malade lui-même avait subi de fréquentes attaques de goutte. Les articulations les plus souvent affectées étaient les genoux, puis les orteils, les coudes et les poignets. Il affirme avoir des habitudes modérées et boire seulement deux ou trois pintes de bière par jour. Durant sept ou huit ans il avait été exposé pendant l'hiver à une *toux persistante ; il était très sujet aux refroidissements même en été. Mais il ne pouvait attribuer sa bronchite à aucune influence externe.*

A son entrée, il se plaignait de *dyspnée* et souffrait d'une toux accompagnée d'une *expectoration modérée, épaisse et blanche.* La face était replète, la langue nette, et le pouls à 90. Les mouvements

thoraciques étaient réguliers pendant la respiration. La percussion dénotait une sonorité normale des deux côtés. La respiration était légèrement laborieuse. Le murmure respiratoire était normal à la partie antérieure et supérieure de chaque poumon; mais on entendait des râles muqueux dans la partie la plus déclive du poumon droit. En arrière, la percussion donnait une résonnance parfaitement normale à la base de chaque poumon, mais des ronchus sibilants mélangés à des râles muqueux s'entendaient depuis la base jusque vers l'angle de l'omoplate de chaque côté. *Les bruits du cœur étaient normaux.* L'urine était haute en couleur, acide et dénuée d'albumine.

Sous l'influence du traitement (teinture de scille et de jusquiame, pilules bleues, poudre d'ipéca, rhubarbe), il se trouva mieux vers la fin de la semaine ; la toux et l'expectoration avaient diminué. La poitrine résonnait normalement, et la respiration était normale sauf à la base où existaient de légers râles sibilants et muqueux. *Mais à cette époque, les symptômes de la goutte firent leur apparition, et, au bout de quelques jours, un accès de goutte régulière survint pendant lequel la toux disparut entièrement.*

Des autres observations recueillies par M. Greenhow et rapportées à la fin de cette étude, il ressort que dans ces bronchites, la respiration est non seulement laborieuse, mais que la dyspnée peut être très vive et peut quelquefois revêtir une forme asthmatique. La sonorité est souvent exagérée à la percussion, en raison de l'emphysème, et l'expiration se trouve prolongée. Les sommets sont généralement libres, et les râles, sibilants ou humides, sont localisées surtout en arrière à la base des poumons.

La toux, tenace et sujette à des exacerbations, s'accompagne d'une expectoration généralement peu abondante, glaireuse et aérée, dans les intervalles des attaques : « Elle a lieu généralement le matin, au lever, dit M. Greenhow, et se reproduit quelquefois à de rares

intervalles pendant la journée; elle consiste dans le rejet de petits pelotons muqueux, visqueux, bleuâtres, semblables à de l'amidon cuit, et parsemés parfois de taches plus foncées. Cette affection, qui peut être assez légère pour ne pas fixer l'attention du patient, est compatible avec une santé très satisfaisante à tous égards. Mais cette expectoration fournit néanmoins la preuve d'un état anormal des bronches. A l'état sain, la membrane bronchique sécrète juste la quantité de fluide nécessaire pour humecter et adoucir les canaux dans la mesure convenable au fonctionnement de la respiration. On peut poser en principe, d'une manière certaine, que toutes les fois qu'il y a expectoration bronchique, même en petite quantité, la muqueuse n'est pas en parfaite santé et se trouve, par conséquent, bien plus exposée qu'une membrane normale, à subir l'action des causes déterminantes......... »

Mais, en dehors de toute cause extérieure appréciable, ces bronchites peuvent présenter des exacerbations pendant lesquelles l'expectoration peut être plus abondante et perdre les caractères qui viennent d'être mentionnés, pour se rapprocher de l'expectoration filante qu'on observe dans l'asthme. Elle peut, sous l'influence d'une poussée congestive, se teinter de sang et se mélanger de pus (obs. V); à une période plus avancée, elle peut devenir opaque, épaisse et muco-purulente (observation III).

Non seulement cette bronchite peut offrir des exemples d'*alternance* très manifeste avec les attaques de goutte articulaire, mais l'intensité de l'affection respitoire présente souvent un *balancement* très net avec la

gravité des phénomènes arthropathiques. En outre, l'alternance et le balancement s'observent également entre la bronchite et diverses affections considérées par certains auteurs comme des manifestations goutteuses, localisées en dehors des jointures, et caractérisant l'une ou l'autre des formes de la maladie désignées sous les noms de goutte anormale et de goutte compliquée. Aussi M. Greenhow cite l'exemple d'un malade qui fut affecté de bronchite, de goutte articulaire et de psoriasis; jamais il ne se trouvait délivré de ces trois affections à la fois; s'il esquivait l'attaque de goutte, sa peau se couvrait d'un psoriasis qui ne cédait, au bout de quelques semaines, que pour faire place à la bronchite.

Nous croyons devoir rapporter ici une observation recueillie par ce médecin anglais, parce que, non seulement elle indique pour lui une relation intime entre la bronchite, l'arthropathie goutteuse, le psoriasis et l'albuminurie, mais aussi parce que l'auteur attache une grande importance à cet exemple de psoriasis participant au caractère constitutionnel et héréditaire de la goutte articulaire.

Dans le cours de cette observation, on voit d'abord la rétrocession de la goutte coïncider avec l'aggravation de la bronchite et de l'affection cutanée; plus tard l'apaisement de l'irritation bronchique et du psoriasis coïncidèrent avec un nouvel accès de la fluxion goutteuse; enfin, lorsque la goutte articulaire et la bronchite disparurent et que la convalescence s'établit, le psoriasis augmenta d'intensité, puis persista d'une manière opiniâtre pendant un temps fort long. En présence de ces alternances systématiques des phénomènes mor-

bides, l'auteur conclut que ces trois affections furent simplement des manifestations variées de la dyscrasie goutteuse. Il ajoute qu'il a vu dans plusieurs cas l'albuminurie apparaître et disparaître avec l'attaque de goutte.

Goutte articulaire, bronchite, psoriasis, albuminurie. (Alternance et balancement des phénomènes.)

J. S..., âgée de 35 ans, épouse d'un aubergiste, fut soignée par moi, à partir du 19 septembre 1865. Cette femme, d'apparence vigoureuse, est habituée à boire de la bière et du Porter en excès. Dans son enfance elle a souffert de psoriasis, affection héréditaire, dit-elle, dans sa famille. Sa sœur et deux de ses frères y sont sujets, comme l'avaient été sa mère, son grand père et l'une de ses tantes; mais chez elle, la maladie avait débuté d'une manière plus précoce que chez sa sœur et chez ses frères. Elle avait été constamment sujette aux catarrhes, et depuis plusieurs années elle avait subi à diverses reprises des attaques de *rhumatisme goutteux* accompagné d'œdème du pied. Pendant chacun des trois derniers hivers elle avait dû garder la chambre en raison de sa bronchite.

A son entrée, elle souffrait d'une *toux très pénible*, *accompagnée d'une expectoration visqueuse et mousseuse*. Le tronc et les deux extrémités étaient couverts de *psoriasis*. *La face plantaire des deux gros orteils était rouge*, *gonflée*, *tendue*, comme l'avaient été déjà le coude gauche et le poignet. Il y avait alors un œdème considérable du pied et de la jambe. Le pouls, qui battait 120 pulsations, était mou et compressible. On comptait 24 inspirations par minute ; la respiration était laborieuse, l'ampliation de la poitrine se faisait avec peine. Les bords de la langue étaient rouges et sa face dorsale revêtue d'un enduit épais et grisâtre. Les intestins étaient relâchés ; les repas étaient fréquemment suivis de vomissements; l'urine, rare et acide, offrait une densité de 1018, et contenait *beaucoup d'albumine*. La poitrine était partout sonore à la percussion. On entendait des râles sibilants à la partie postérieure et inférieure des deux poumons. On voyait battre le cœur au-dessous de l'appendice xyphoïde, et son choc semblait diffus. Les bruits

cardiaques étaient faibles, mais ne s'accompagnaient d'aucun souffle.

Au moment de son entrée, la malade n'était guère apte à subir un traitement actif ; la tendance aux vomissements et le relâchement des intestins interdisait à la fois les expectorants et les purgatifs. En conséquence, je lui ordonnai une diète légère ; je prescrivis le lait, l'arrow-rot et les puddings au fromage ; je permis aussi à la malade, en raison de ses habitudes anciennes, une petite quantité d'eau-de-vie. Comme traitement, j'ordonnai une cuillerée de la potion de Mindérérus avec quelques gouttes d'éther azotique toutes les six heures.

Malgré le caractère d'irritation de la toux, je n'osai prescrire d'opium sous aucune forme, parce que les vomissements et la diarrhée me firent supposer que la malade était menacée d'urémie, si même l'intoxication n'avait pas déjà commencé. Dans un tel état de l'organisme, l'usage de l'opium eût été trop dangereux et eût pu amener rapidement une terminaison fatale.

C'est là, comme on peut le voir, un cas d'une complication exceptionnelle ; car la malade était affectée en même temps de *bronchite*, de *goutte*, de *psoriasis* et d'*albuminurie*. Malgré la variété apparente de ces affections, je n'hésitai point à les rapporter toutes à la même cause constitutionnelle, c'est-à-dire à une dyscrasie goutteuse très prononcée.

Sous l'influence du traitement, la malade éprouva au bout de peu de temps une amélioration très grande. Les douleurs cessèrent ainsi que la diarrhée ; la goutte devint moins sévère, mais la toux persista d'une manière fatigante, et l'urine resta encore très albumineuse. *A mesure que la goutte s'amendait, l'affection cutanée s'aggravait, suivant une proportion inverse.*

Le 6 octobre, le pouls était descendu à 90, *mais la toux demeurait pénible ; l'expectoration consistait surtout en mucosités transparentes et visqueuses, légèrement tachetées de sang et mélangées parfois d'un pus opaque et coloré.* La poitrine était partout sonore à la percussion ; la respiration était sibilante et l'expiration prolongée. On entendait, à la partie postérieure et inférieure des deux poumons, des râles humides. Les bruits cardiaques étaient normaux. La malade étant alors débarrassée de toute tendance à la diarrhée et au vomissement, et se trouvant en état de supporter une alimentation suffisante, rien ne s'opposait alors à l'administration des expectorants.

On lui ordonna une potion contenant de la teinture de jusquiame. Au bout de quatre jours la toux était beaucoup moins pénible et l'expectoration diminuée. Les bruits respiratoires étaient devenus aussi plus normaux. Aux râles humides avait succédé une respiration sèche et un peu rude. Le pouls restait à 90. La langue était humide et nette ; il n'y avait point de diarrhée. *Le psoriasis était alors moins sévère, mais la malade se plaignit, de nouveau, de souffrir dans les gros orteils. Deux jours plus tard, elle avait des douleurs de goutte bien nettes, non seulement dans les orteils, mais aussi dans les genoux, dans les poignets, dans les pouces ; pendant ce temps la toux et l'expectoration avaient diminué encore considérablement, et la peau était devenue plus douce et moins irritable. L'urine, très acide, offrait une densité de* 1023 *; elle était devenue trouble et, par le refroidissement, elle se chargeait de sédiments. Traitée par la chaleur et par l'acide nitrique, cette urine donnait un abondant précipité d'albumine.* On ordonna à la malade une potion de Mindérérus additionnée d'acétate de potasse, et du vin de colchique.

Le 16 octobre, la goutte articulaire avait entièrement disparu ; la toux et l'expectoration avaient complètement cessé, et la respiration était normale, à l'exception d'un peu de rudesse du murmure vésiculaire et d'expiration légèrement prolongée. Mais il restait encore un léger œdème aux pieds, et le *psoriasis avait repris un caractère d'irritabilité très accusé.* On prescrivit un bain chaud alcalinisé tous les trois jours, et à l'intérieur on ordonna un mélange de sulfate et de carbonate de magnésie, du vin de colchique et une solution arsenicale. Depuis lors, les douleurs n'ont plus reparu, mais le psoriasis fut très difficile à vaincre. Le traitement, auquel on apporta de légères modifications et auquel on associa, entre autres, des applications locales d'une lotion à la glycérine et au borax sur l'éruption, fut suivi d'une grande amélioration. Le 20 novembre, la malade entrait en convalescence. Elle n'avait plus de symptômes de bronchite, ni de goutte articulaire; la peau était douce et n'offrait plus trace d'irritation ; toute marque d'éruption eut bientôt disparu ; seulement l'urine ne redevint jamais complètement normale et ne cessa de présenter des traces d'albumine.

« Dans plusieurs cas, dit M. Greenhow, la goutte ne produit qu'une forte prédisposition à la bronchite qui se

développe alors sous l'influence de causes externes plus légères que les causes qui la produiraient chez un sujet sain ; mais, dans d'autres cas, on constate chez les sujets de constitution goutteuse un certain degré d'irritation chronique des bronches qui se manifeste par une expectoration plus ou moins permanente, et qui dégénère lentement et presque insensiblement en bronchite chronique à mesure que l'individu avance en âge, ou qui se développe d'une manière plus rapide et plus intense sous l'influence des vicissitudes de la température ou d'autres causes occasionnelles externes. »

Voici, en résumé, comment M. Charreyron (1), dans sa thèse, expose le développement et la marche des affections bronchiques chez les sujets goutteux :

Les troubles du côté des muqueuses des voies respiratoires peuvent arriver avant les attaques sur les articulations, ou plus souvent les compliquer, les remplacer. Dans le premier cas, la goutte se manifeste sur les voies respiratoires par une tendance des muqueuses à devenir le siège d'une *congestion subite, accompagnée de la sécrétion abondante d'un mucus presque liquide.* Ces congestions se manifestent sous les moindres variations atmosphériques. Les personnes qui en sont atteintes pressentent les changements de temps ; elles sont très barométriques, suivant l'expression de Trousseau.

Ces congestions occupent la pituitaire ou les bronches. Pour ces dernières, Blachez, ainsi que Garrod, pense que la bronchite affecte souvent les malades chez

(1) Charreyron. Manifestations de la goutte sur les muqueuses respiratoires. Th. Paris, 1876, p. 27 et suiv.

lesquels les organes respiratoires ont déjà subi quelque lésion de tissu. Les lésions dont il s'agit sont souvent fort minimes, mais elles suffisent pour déterminer une *fluxion goutteuse*; et l'*urate* qui s'accumule alors sur ces points contribue à *entretenir l'irritation de la muqueuse des bronches,* dont les altérations deviennent *définitives.*

Le catarrhe, une fois établi, donne à l'auscultation des râles sous-crépitants fins, et l'on perçoit tous les signes d'une bronchite chronique.

Ordinairement cette bronchite est *apyrétique.* Mais, par suite du peu de résistance des malades, le froid produit aisément la fièvre et la pneumonie. Des *hémoptysies* peuvent aussi se produire pendant ces exacerbations.

Au début, le catarrhe est *intermittent.* Mais une fois établi à demeure, il *va toujours croissant;* et s'il cause une expectoration abondante, l'affaiblissement peut faire de rapides progrès et la fièvre hectique hâter le dénouement.

Outre ces intermittences du début, on en trouve d'autres pendant les attaques qui servent à établir la nature du mal. En effet, il est commun de voir le *catarrhe amélioré ou supprimé pendant une attaque articulaire, revenir lorsque celle-ci disparaît.*

Lorsque la bronchite n'a pas encore paru avant les premières attaques, il peut se produire, *soit au début, soit au milieu de l'accès*, des congestions avec sécrétion copieuse de la muqueuse trachéale; le malade cherche à se débarrasser de cette sécrétion par de *grands efforts d'expectoration et de toux.* Si ces mucosités ne peuvent être rejetées assez facilement, les bronches engorgées se contractent convulsivement, et l'on a tous les signes

d'un *catarrhe suffocant* qui peut devenir rapidement funeste.

Ces phénomènes se rattacheraient à un élément nerveux et à l'existence de *concrétions d'urate de soude dans les poumons*, ainsi que Léger et Bence Jones l'ont constaté plusieurs fois.

L'élément nerveux peut devenir prépondérant, et l'on a alors l'*asthme goutteux*, dont Trousseau a rapporté plusieurs cas.

Nous avons déjà parlé des bronchites qui succèdent à l'asthme, et à l'emphysème qui en résulte. « L'asthme, disent MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave (1), dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, est peut-être une des formes les mieux établies de la goutte anormale ; c'est l'un des états pathologiques dont on a saisi le plus exactement la corrélation avec la goutte, soit ayant précédé les manifestations articulaires (Trousseau, Vigla), soit alternant avec elles, ou se développant à mesure qu'elles s'amoindrissent (Musgrave, Barthez), soit se montrant comme état exclusif et prédominant chez des sujets à qui des antécédents héréditaires et leur constitution propre semblaient promettre la goutte. (Durand-Fardel.) »

M. le professeur Germain Sée (2) n'admet comme unique critérium de l'asthme goutteux, que la coïncidence parfaite de la disparition de l'arthrite avec le dé-

(1) Jaccoud et Labadie-Lagrave. Art. Goutte, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 606.

(2) G. Sée. Art. Asthme, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 664.

but de la dyspnée. Mais, tandis qu'il considère l'asthme « comme une véritable métastase du principe goutteux sur le système nerveux central, » et déclare que « la matière morbide ne saurait être que le sang chargé d'acide urique, » M. Durand-Fardel (1) repousse l'idée de *métastase*, parce que l'acide urique doit se trouver répandu dans tout le liquide sanguin ; il pense que l'asthme peut naître, dans ces cas, sous l'influence de la douleur, et se développe au même titre que toutes les névralgies dont sont communément affectés les goutteux et les rhumatisants.

Outre l'asthme dit nerveux, qui laisse les poumons parfaitement libres dans l'intervalle des accès, et qui représente une première forme d'asthme goutteux, M. le professeur Charcot (2) reconnaît une seconde forme qu'il rattache à des lésions pulmonaires permanentes, notamment au catarrhe et à l'emphysème, et dans laquelle il signale des alternatives d'exacerbation et de rémission, qui correspondent à la disparition et au retour des accidents articulaires.

Les anciens auteurs, tels que Morton, Frank, Bayle, Michel Bertrand, ont décrit sous le nom de *phthisie calculeuse* une forme de consomption survenant chez des sujets atteints d'affections articulaires, et caractérisée par des dépôts tophacés ou des concrétions calculeuses dans le parenchyme pulmonaire ou à l'origine des bronches. « Cette forme, dit M. Danjoy (3), survient

(1) Durand-Fardel. Traité des maladies chroniques, p. 62.
(2) Charcot. Loc. cit., p. 87.
(3) Danjoy. Th. Paris, 1862, p. 87.

surtout chez les gens âgés, à la suite d'attaques de goutte ; elle est facile à reconnaître par la lenteur de sa marche, des accidents hémoptoïques fréquents, et aussi les commémoratifs sur la santé antérieure des sujets malades... »

On ne pourrait admettre qu'il s'agissait d'une variété spéciale de phthisie tuberculeuse, dit-il plus loin, « qu'en supposant qu'un certain nombre de ces cas représentent des cas de transformation crétacée de tubercules ; mais la plupart de ces concrétions calcaires et tophacées, surtout celles rencontrées à l'origine des bronches, ne peuvent évidemment pas être rangées sous ce titre. »

Ces concrétions calcaires qui, d'après Trousseau (1), se trouvent moulées sur les bronches et forment dans le poumon des arborisations crétacées, peuvent-elles être rattachées à la présence de l'urate de soude qu'on a signalée dans les parois des ramifications bronchiques (2) ?

Dans les observations quelque peu récentes de broncholithes, qui sont d'ailleurs peu nombreuses, il n'est question, au sujet de l'analyse chimique, ni d'acide urique, ni d'urate (3). Quoi qu'il en soit, il semble qu'en tenant compte de la signification du mot phthisie chez les anciens, on n'est pas autorisé à rejeter d'une manière absolue la « phthisie arthrasique » de Frank (4), et que chez les goutteux on peut s'attendre à rencontrer

(1) Trousseau. Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 367.
(2) Charcot. Leçons sur les maladies des vieillards, p. 57.
(3) Blachez. Art. Concrétions et calculs bronchiques, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
(4) Frank. Pathologie encyclopédique, t. IV, p. 255.

exceptionnellement, dans le cours d'une bronchite rebelle, des exacerbations très violentes, caractérisées notamment par une toux plus fréquente et plus douloureuse, suivie du rejet d'une ou de plusieurs concrétions calcaires, et pouvant s'accompagner d'hémoptysies répétées ou d'hémorrhagie foudroyante, indépendamment de toute tuberculose.

Mais, en dehors de ces cas tout à fait singuliers, on peut se demander s'il faut attribuer à l'urate de soude une action locale, qui favorise ou qui entretient l'irritation bronchique chez les goutteux. Voici ce que dit, au sujet de la goutte viscérale, M. le professeur Charcot (1) : « Pour ce qui concerne la goutte viscérale, nous avons déjà signalé les résultats des intéressantes expériences de Zalewski ; elles nous ont prouvé que la ligature des uretères, chez plusieurs animaux, provoque la formation de dépôts d'urate de soude dans les follicules de l'estomac. Il est possible que chez l'homme les liquides gastro-intestinaux se chargent d'urates, dans le cas de saturation. Des phénomènes analogues peuvent sans doute se produire sur d'autres points. Chez les animaux qu'il avait mis en expériences, Zalewski a trouvé dans l'extrait musculaire une forte proportion d'urate de soude. On comprend aisément toute l'importance de ces faits au point de vue des accidents viscéraux de la goutte ; mais, ce qu'il est moins facile d'expliquer, ce sont ces métastases soudaines qui transportent le travail morbide d'un point sur un autre : du gros orteil sur l'estomac, et de l'estomac sur les jointures ; sous ce rap-

(1) Charcot. Loc. cit., p. 138.

port, la science n'a certainement pas dit son dernier mot. »

d. *Dans la goutte larvée.* — Dans la goutte larvée, l'irritation bronchique peut apparaître également d'une manière passagère et se manifester principalement par des phénomènes dyspnéiques, ou revêtir les allures d'une bronchite catarrhale chronique. Mais il est fort difficile d'établir une relation étroite entre l'affection de la muqueuse bronchique et la maladie constitutionnelle, en raison de l'absence ou tout au moins du retard des déterminations articulaires. Néanmoins, en tenant compte des antécédents héréditaires, de la constitution du sujet, de la nature des affections antérieures ou concomitantes, et de leur alternance ou de leur balancement, enfin des effets de la médication, les médecins ont pu supposer parfois une relation étroite entre l'affection des voies respiratoires et une goutte présumée, qui s'est affirmée plus tard par ses déterminations articulaires ou par d'autres manifestations habituelles.

« Quelquefois, dit Garrod (1), la goutte *larvée* se présente sous la forme d'une dyspnée assez violente pour donner de vives alarmes. Un malade, auquel j'ai donné des soins, souffrait d'une dyspnée intense qui le mettait dans l'impossibilité de se coucher ; il était en même temps tourmenté par une toux rude et sèche. Au bout de quelques jours, les signes thoraciques s'évanouirent et firent place à la goutte articulaire qui occupa d'abord le gros orteil gauche, ensuite le genou. J'ai eu l'occa-

(1) Garrod. Loc. cit., p. 571.

sion d'observer plusieurs fois des cas du même genre, et il en existe d'autres dans la science. »

Dans la clinique qu'il a consacrée à la goutte larvée, Trousseau (1) indique l'asthme et le catarrhe pulmonaire, à côté de la néphrite, comme occupant le premier rang parmi les affections viscérales qui peuvent prédominer sur les manifestations articulaires et « *qui souvent constituent les seuls phénomènes de la maladie.* »

M. le professeur G. Sée (2) rapporte le cas d'un enfant rachitique affecté de douleurs calculeuses, qui présenta pendant l'été une dyspepsie habituelle, une respiration à la fois haletante et bruyante, et chez lequel l'oppression diminua quelques jours après l'opération de la taille pour disparaître définitivement au bout de deux semaines. « Voilà bien un exemple frappant de la douleur sur la production de l'asthme, ajoute M. Sée, mais cet exemple ne prouve ni l'influence des calculs, ni celle de la goutte. »

Loin de contester cette conclusion, nous pensons que pour supposer une relation intime entre la dyspnée, l'asthme ou la bronchite chronique et une goutte larvée, il faudrait pouvoir s'appuyer au moins sur la coïncidence ou sur l'alternance de l'affection avec un ou plusieurs signes de la maladie constitutionnelle présumée.

Nous ferons remarquer toutefois que, dans les cas où il existe un calcul vésical, les phénomènes dyspnéiques ne sauraient toujours être rapportés uniquement à la

(1) Trousseau. Loc. cit., p. 366 et 367.

(2) G. Sée, cité par M. Durand-Fardel, in Traité des maladies chroniques, p. 62.

douleur. Nous rapportons à la fin de ce travail le cas, observé par M. Greenhow, d'un malade atteint de bronchite chronique et de calcul vésical, chez lequel les symptômes dyspnéiques demeurèrent notablement amoindris pendant tout le temps qu'on constata les symptômes du développement de la pierre.

Dans ses Lectures sur la Bronchite chronique, M. Greenhow (1) insiste sur la relation étroite qu'il a constatée souvent entre la bronchite, d'une part, et les manifestations psoriasiques, albuminuriques et calculeuses de la maladie goutteuse, d'autre part; au point de vue qui nous occupe actuellement, il accorde une grande importance au balancement qui se manifeste entre ces affections qu'il rattache au même vice constitutionnel c'est-à-dire à la dyscrasie urique. Nous traduisons ici l'une de ses observations :

Goutte larvée : Gravelle urique, psoriasis, bronchite.

Il y a un an environ, je reçus à ma consultation un jeune homme de 19 ans, qui se plaignait d'une douleur intense dans la région des reins. La langue était nette, l'appétit était bon, le ventre libre. Il paraissait bien portant, et en fait, à l'exception de cette douleur lombaire, il se sentait en parfaite santé. En examinant l'urine, je constatai un dépôt sablonneux abondant qui tombait au fond du vase aussitôt après la miction. L'urine, pendant l'émission, n'était point trouble comme après le refroidissement pendant lequel se formait le dépôt. Au microscope, le gravier paraissait formé par ces *petits cristaux anguleux d'acide urique* que je vous ai signalés comme constituant le poison hématique de la goutte. Sous l'influence des alcalins et d'un traitement approprié, auquel j'associai un régime rigoureux, l'urine cessa de contenir des *graviers* et le malade cessa de souffrir dans les reins. Mais après une courte période de santé parfaite, il revint chez moi atteint d'une légère at-

(1) Greenhow. Loc. cit.

taque de *psoriasis*, qui céda, en quelques semaines, à un traitement composé d'une solution arsenicale associée au carbonate de potasse. Seulement, il survint alors une *bronchite* rebelle. On pouvait, il est vrai, la rapporter immédiatement à une cause accidentelle; mais je fus beaucoup plus porté à la rattacher à la prédisposition créée par l'état constitutionnel qui avait produit en premier lieu la gravelle et en second lieu le psoriasis. Je fus plus tard confirmé dans cette opinion par ce fait que le gravier, quand je revis le malade pour la dernière fois dans l'intervalle qui suivit la bronchite, avait apparu de nouveau dans l'urine, bien qu'en masse peu considérable.

Après avoir insisté sur la rareté des bronchites chroniques développées uniquement sous l'influence de causes extérieures, M. Greenhow, sur 34 bronchites qu'il rattache à la dyscrasie goutteuse, en compte 14 chez des sujets atteints de goutte régulière aiguë, 11 chez des malades affectés de goutte chronique, et 9 chez des individus n'ayant jamais souffert de goutte articulaire mais dont la famille directe comprenait des sujets goutteux.

Eléments de diagnostic.

Nous voyons, en résumé, qu'en dehors de l'asthme purement nerveux, on a signalé chez les goutteux des bronchites aiguës ou sub-aiguës, des bronchites chroniques, et quelques bronchites calculeuses.

Ces bronchites aiguës et subaiguës, qu'on ne rapporte dans bien des cas à aucune cause extérieure appréciable, sont remarquables : par leur caractère congestif, par l'intensité de la dyspnée, par les allures quinteuses de la toux, par l'aspect généralement visqueux et aéré de l'expectoration ; souvent par la brusquerie et la sponta-

néité de leur apparition ou de leurs recrudescences qui s'observent en été aussi bien qu'en hiver, et qui s'accompagnent souvent d'un mouvement fébrile accentué, enfin dans bien des cas par leur coïncidence et surtout par leur alternance avec les attaques de goutte articulaire ou d'autres manifestations goutteuses.

Les bronchites chroniques des goutteux, habituellement apyrétiques, se caractérisent par leur ténacité, leur résistance aux médications ordinaires, leurs exacerbations plus ou moins périodiques et leur balancement fréquent avec diverses manifestations goutteuses. Le catarrhe, d'abord plus ou moins intermittent, s'accompagne souvent d'emphysème ; il succède fréquemment à l'asthme. Le siège des phénomènes stéthoscopiques est localisé généralement dans la région inférieure et postérieure des poumons. L'expectoration, souvent peu abondante au début, se compose de crachats transparents, bleuâtres, aërés et visqueux, que le malade rejette principalement le matin, avec peine, et elle s'accompagne d'une toux pénible et fatigante. Une poussée congestive, qui survient facilement, peut augmenter la sécrétion et la rendre plus liquide surtout si l'élément nerveux est le siège principal de l'irritation, ou bien l'expectoration demeure visqueuse en prenant l'aspect pneumonique. Plus tard les crachats peuvent être muco-purulents. Enfin, sous l'influence des lésions viscérales et notamment sous l'action des troubles rénaux, la bronchite peut se trouver associée à l'œdème et terminer une des formes de la cachexie goutteuse.

Quant aux éléments de diagnostic tirés du terrain constitutionnel sur lequel se développent ces bronchites,

nous les avons signalés précédemment; nous rappellerons seulement, dans les cas de goutte larvée, la valeur que quelques auteurs ont attachée à l'apparition du psoriasis, de l'eczéma, de l'albuminurie et de la gravelle, et enfin à la présence de l'acide urique en excès dans le sang.

Valeur pronostique.

Si l'on veut se rendre compte de la valeur pronostique que l'on peut attribuer aux bronchites des goutteux, il faut se rappeler que chez eux la dyspnée peut atteindre d'emblée une gravité extrême, que les poussées congestives accompagnées de phénomènes fébriles parfois très intenses, peuvent s'étendre au tissu pulmonaire et provoquer le développement d'une pneumonie sous l'influence des causes les plus légères; la bronchite peut, en outre, revêtir la forme du catarrhe suffocant. Chez les goutteux, le catarrhe pulmonaire s'accompagne fréquemment de pleurésie, et dans la forme cachectique la bronchite elle-même contribue à épuiser les malades. Enfin, en présence d'une exacerbation fébrile intense, d'une toux extrêmement violente et quinteuse, accompagnée de douleurs très vives et d'une expectoration sanguinolente, on aura à tenir compte de la possibilité d'une bronchite calculeuse, susceptible de provoquer non seulement des crachements de sang répétés, mais même une hémoptysie foudroyante, ou bien une pneumonie avec perforation pulmonaire.

Nous pensons donc qu'en dehors des bronchites purement accidentelles qui peuvent affecter les sujets goutteux et en dehors des bronchites ultimes détermi-

nées par quelque lésion viscérale ancienne, telles que les bronchites albuminuriques ou cardiaques, on doit prendre en considération, dans le pronostic général de la maladie, le plus ou moins de gravité de certaines formes de bronchite qui paraissent se rattacher d'une manière plus directe à la dyscrasie goutteuse.

Conclusion.

Ces formes sont :

1° Des *bronchites aiguës*, caractérisées par leur forme congestive et dyspnéique, qui apparaissent souvent d'une manière *brusque et spontanée* au début d'une attaque de goutte ou parmi les symptômes prémonitoires, et qui s'éteignent généralement quand la fluxion goutteuse se porte sur la jointure ou sur quelque autre de ses localisations habituelles.

2° Des *bronchites subaiguës* et *chroniques*, tenaces, offrant parfois des analogies remarquables avec le catarrhe sec, caractérisées par une expectoration visqueuse, sujettes à des exacerbations dyspnéiques et congestives plus ou moins périodiques, apparaissant aussi bien en été qu'en hiver sous l'influence de causes extérieures légères, notamment les changements barométriques, et souvent sans cause appréciable, mais remarquables par leur alternance et surtout par leur balancement avec les manifestations articulaires et les autres déterminations goutteuses.

3° Des *bronchites chroniques, invétérées*, qui s'accompagnent constamment d'emphysème et qui font partie

des lésions permanentes de la seconde forme de l'asthme goutteux.

4° Enfin, des *bronchites calculeuses*, qu'on signale à titre de raretés pathologiques.

Si nous cherchons à établir un parallèle entre les bronchites signalées chez les rhumatisants et celles qu'on observe chez les goutteux, nous serons tout d'abord frappés des analogies qu'elles présentent. Nous remarquons, dans les deux cas, les allures congestives, éréthiques, fébriles, le caractère mobile et superficiel des bronchites aiguës ou exacerbées, qui apparaissent parfois sans cause appréciable chez les rhumatisants comme chez les goutteux. Dans les deux cas, on observe souvent une expectoration blanchâtre, visqueuse, aérée et rarement purulente. Dans les deux cas, on constate fréquemment l'asthme humide ou des bronchites subaiguës qui représentent une dégradation progressive de la forme spasmodique ; enfin des bronchites chroniques remarquables par leur ténacité et leur résistance aux traitements ordinaires, généralement apyrétiques et pouvant s'accompagner d'hecticité dans la période cachectique.

Néanmoins il semble, en étudiant les caractères mentionnés, qu'on peut signaler quelques différences, très minimes il est vrai, entre les bronchites des goutteux et celles des rhumatisants. Chez ces derniers, on trouve plus souvent signalée la coïncidence de la bronchite avec des affections rhumatismales ; chez les goutteux, les rapports d'alternance et de balancement paraissent plus

nettement déterminés; la périodicité semble s'accuser aussi plus fréquemment. Chez les rhumatisants, la bronchite présente souvent une suspension complète pendant l'été, pour offrir des retours plus ou moins réguliers l'hiver; ces bronchites prédominent pendant la saison froide. Chez les goutteux, l'affection des bronches se trouve mentionnée aussi bien en été qu'en hiver. Chez les premiers, la cause déterminante qui paraît le plus manifestement inculpée, est la *variation brusque de la température*; chez les goutteux, on accuse plutôt les *écarts de régime*; et chez eux l'influence des *variations barométriques* semble avoir une action plus marquée que chez les rhumatisants. Chez ces derniers, la mobilité des phénomènes stéthoscopiques en l'absence de toute lésion profonde paraît mieux accusée. Dans les cas fébriles, on pourrait tenir compte, peut-être, de l'existence des sueurs profuses à odeur aigrelette qui se manifestent facilement chez les sujets rhumatisants. Enfin on a dit que chez eux l'affection des bronches peut débuter assez souvent d'une manière latente, tandis qu'en général, chez les goutteux, elle se développe plutôt brusquement.

Ce sont là plutôt des nuances que de véritables différences que nous trouvons signalées. Elles n'ont rien d'absolu; et nous pensons qu'en raison du nombre et de l'importance des analogies que nous présentent ces bronchites, elles ne sauraient être séparées en deux catégories distinctes.



CHAPITRE DEUXIÈME

Herpétis.

A. EXPOSÉ DES CARACTÈRES DE L'HERPÉTIS

De toutes les maladies constitutionnelles, l'herpétis est celle qui a donné lieu aux interprétations les plus variées ; et lorsqu'on cherche à en circonscrire le domaine, on se trouve en présence des opinions les plus divergentes,

Voici la définition qu'en donne Bazin (1) : « L'herpétis est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, non inoculable, se traduisant par des affections qui ont spécialement pour siège : la peau, les nerfs et les viscères, et spécialement caractérisée par les récidives, l'extension graduelle, la ténacité des affections cutanées et par l'abondance excessive de la prolifération épidermique.

L'herpétis se distingue de la syphilis par sa non-contagion et sa non-inoculabilité ; de la scrofule par ses produits morbides différents (productions tuberculeuse, caséeuse, fibro-plastique dans la scrofule, production épithéliale dans l'herpétis) ; de l'arthritis par l'absence

(1) Bazin. Art. Dartre, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, p. 672.

des manifestations articulaires, la ténacité, l'extension graduelle et indéfinie de ses affections cutanées. »

On a compris d'abord sous le nom de dartres toutes les éruptions chroniques qu'on rapportait alors à un virus dartreux. Au XVI[e] siècle, Mercuriali désigne sous la dénomination de teignes les affections cutanées de la tête.

Au XVIII[e] siècle, Lorry divisa ces affections en dartres humides, ulcérées (*herpetes*) et en dartres sèches (*lichenes*); il reconnut que ces affections pouvaient se remplacer mutuellement ou succéder à des névralgies, et aboutir à des dégénérescences viscérales ; il les rattacha à la scrofule, à la syphilis, et à l'arthritis, et esquissa une ébauche de ces trois maladies constitutionnelles. Lalouette sépara des dartres les affections parasitaires qui constituaient les seules dartres contagieuses.

Alibert, en 1822, tenta une classification naturelle : il retira des dartres les syphilides et les éruptions psoriques, et établit une classe de dermatoses dartreuses composée de quatre genres.

M. le professeur Hardy, réagissant contre les tendances de l'école purement anatomique de Willan et de Bateman, réussit à réhabiliter le mot dartres en donnant à ce terme un sens précis. Les dartres, dit-il, sont : « des affections de la peau à lésions élémentaires multiples et diverses, non-contagieuses, transmissibles par voie d'hérédité, se reproduisant d'une manière presque constante, ayant une tendance extrême à s'étendre, présentant ordinairement des démangeaisons, affectant une marche habituellement chronique et gué-

rissant sans cicatrice, bien qu'elles s'accompagnent souvent d'ulcérations (1). »

« En face de la transmission héréditaire des dartres, dit-il ailleurs (2), en face de leurs récidives si communes chez le même malade, on a de la peine à se refuser à admettre, pour expliquer leur existence, une cause générale constitutionnelle, une modification diathésique analogue à celle qui préside aux manifestations de la scrofule..... Pourquoi n'en serait-il pas de même de la diathèse dartreuse, dont l'existence semble s'appuyer, non seulement sur la transmission héréditaire et les récidives des affections herpétiques, mais encore sur ces affections concomitantes : angines granuleuses, bronchites chroniques, asthme, gastralgies, névralgies, qui accompagnent si fréquemment ces maladies ou qui alternent avec elles ? La coexistence des troubles en dehors de la peau, sur les muqueuses ou dans le système nerveux, plaide en faveur d'une cause générale ; et je crois fermement à l'existence de cette cause, quoique je sois dans l'impuissance de la démontrer matériellement et positivement.

« Je pense donc que pour expliquer l'existence des maladies dartreuses que nous avons admises : l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis et le psoriasis ; pour se rendre compte de leurs récidives, de leur transmission héréditaire et de leur complication, il faut admettre une maladie constitutionnelle spéciale faisant partie de l'individu, une diathèse en un mot, pour me servir de

(1) Hardy. Leçons sur les affections dartreuses. Paris, 1868, p. 23.

(2) Hardy. Art. Dartre, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 706.

l'expression consacrée, à laquelle on a le droit de donner le nom de diathèse dartreuse. »

Nous rapprocherons de cette opinion celle de MM. Besnier et Doyon (1) : « Assurément l'école de Vienne a rendu un service considérable à la dermatothérapie en amenant au degré de précision où il est aujourd'hui le traitement purement externe des affections cutanées ; il y a longtemps que nos malades bénéficient de ce progrès et nous marchons avec ardeur dans la voie tracée par Hébra, le chef illustre de cette école ; mais cela ne nous empêche pas d'élever sans cesse nos regards au delà du fait purement contingent, et de trouver sans cesse également dans la notion des maladies constitutionnelles de précieuses ressources pour l'avenir des malades. |C'est vraiment chose merveilleuse que le progrès réalisé depuis dix ans dans le traitement local du psoriasis, de l'acné, du lupus, etc.; mais en voyant ces cures merveilleuses être si éphémères dans tant de cas, ne faut-il pas sans cesse chercher à éclairer d'un nouveau jour la condition pathogénique supérieure, toujours persistante, et chercher toujours soit à agir sur elle par tous les agents dont nous disposons, soit à trouver de nouveaux moyens d'action ? C'est là la véritable doctrine qui doit être suivie en dermatologie, ainsi que dans toutes les branches de la nosologie... Ne voit-on pas, disent ces auteurs, certains sujets, presque toujours héréditairement prédestinés, présenter, en dehors des états morbides précédemment indiqués (arthritisme, scrofule, syphilis),

(1) Besnier et Doyon, traduction des Leçons sur les maladies de la peau, par le professeur M. Kaposi. Paris, 1881, t. I, p. 107 et 108.

diverses affections cutanées auxquelles aucune circonstance antérieure n'a pu donner lieu, qui récidivent sans cesse et déjouent toutes les ressources de la thérapeutique? Comment peut-on, dans ces circonstances, ne pas supposer que la constitution même de ces sujets a subi une altération propre dont les manifestations cutanées ne sont qu'une dépendance? Et pourquoi se refuserait-on à dénommer par son nom devenu classique, l'herpétisme, une condition pathogénique ainsi précisée, et dont la conception renaît sans cesse de l'observation et de la pratique? »

A l'exemple de Bazin, MM. Besnier et Doyon, en rattachant à une origine arthritique, scrofuleuse, syphilitique, un grand nombre d'affections cutanées, restreignent considérablement le domaine de l'herpétis.

M. Guéneau de Mussy tendrait à faire de l'herpétis une *dérivation de l'arthritis*. « Non seulement, dit-il (1), l'arthritisme est héréditaire, mais ses formes et ses manifestations tendent aussi à se transmettre par hérédité et à faire souche. On voit des lignées de calculeux, d'asthmatiques, d'apoplectiques, d'eczémateux qui naissent de la racine goutteuse et au milieu desquelles la goutte réapparaît parfois sous la forme primitive et originelle, comme ces espèces végétales dont la culture fait sortir des variétés qui se propagent par leurs graines ; celles-ci, après avoir traversé une longue série de générations, pourront, dans certaines conditions de terrain et de climat, reproduire la forme primitive de l'espèce. Mes observations me portent à croire qu'il en

(1) Gueneau de Mussy. Des endermoses, in France médicale, 1879, p. 130.

est ainsi des manifestations herpétiques; ce sont des formes ou des métis de l'arthritisme qui ont fait souche ou qui sont *darwinés*, si je puis m'exprimer ainsi...

Contrairement à l'opinion de Bazin, je crois que les formes diathésiques pures sont rares; je pense, au contraire, avec M. Pidoux, que les formes mixtes ou métis sont très communes. »

Basant sur les caractères plus ou moins nécrobiotiques des produits morbides l'ordre de dégénération successive des maladies (1), M. Pidoux considère l'herpétis comme un état morbide, complexe et mal déterminé, intermédiaire entre les trois maladies constitutionnelles qu'il nomme *primaires* (scrofule, arthritis, syphilis) et les maladies qu'il appelle *ultimes* (cancer, tuberculose, névroses graves, telles que la folie et l'épilepsie), correspondant à peu près à l'ancienne classe des maladies organiques de Pinel.

Loin de professer une semblable dérivation, M. le professeur Hardy, fait de l'herpétis une maladie constitutionnelle distincte et bien délimitée. Elle peut coexister avec d'autres maladies constitutionnelles, qui peuvent modifier plus ou moins ses manifestations, mais n'en altèrent point la nature. Nous ne saurions mieux faire que de citer un passage qui indique nettement en quoi son opinion diffère de celle de Bazin (2) : « Dans le langage de mon collègue et ami, dit-il, les éruptions cutanées, que je considère comme de nature dartreuse

(1) Pidoux. Etude sur la phthisie. Paris, 1874.

(2) Hardy. Art. Dartre, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 707 et 709.

(l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le psoriasis, le pityriasis), et même quelques autres, tels que l'urticaire et le pemphigus, ne surviennent pas toujours sous l'influence d'une même cause constitutionnelle ; ce sont des formes morbides caractérisées par le développement et l'évolution de lésions cutanées spéciales, constituant ce qu'il appelle des *affections génériques*, mais susceptibles de se manifester sous l'influence de plusieurs maladies constitutionnelles qui seraient tantôt la scrofule, tantôt l'arthritis, tantôt l'herpétis ou dartre. Et ces maladies constitutionnelles, en respectant les caractères du *genre* de l'éruption, imprimeraient cependant à la maladie cutanée des modifications susceptibles d'être reconnues et d'indiquer la nature spéciale du mal, c'est-à-dire l'existence de la maladie constitutionnelle dont l'éruption n'est que la conséquence...

« Je ne nie pas que dans les éruptions dartreuses, on ne puisse observer quelques modifications relatives à l'abondance des sécrétions, à la marche de la maladie, à la variété et à l'intensité de la douleur ; je ne dis pas que sur un scrofuleux un eczéma ne sera pas caractérisé par l'abondance de la sécrétion séro-purulente, que les ganglions lymphatiques voisins ne se prendront pas facilement ; j'admets également que chez un goutteux l'eczéma sera plus sec, les douleurs seront plus vives, plus lancinantes ; mais cela est-il suffisant pour admettre dans la cause morbide une différence radicale de nature? Je ne le pense pas, et je crois bien plutôt à une influence de terrain. Dans tout état morbide il y a deux facteurs, la maladie et le malade, qui réagissent l'un sur l'autre. La maladie se modifie suivant les indi-

vidus, et la même affection se présentera avec des phénomènes locaux et généraux différents, suivant qu'elle se développera chez un individu lymphatique et même scrofuleux ou chez un goutteux. Dans ces différences individuelles, dans ces diversités de terrain, voyons donc la cause des variétés d'aspect ou de forme que peuvent présenter certaines éruptions, mais n'allons pas jusqu'à admettre que des modifications accessoires et fugitives suffisent pour faire croire à une différence radicale de nature de ces affections. »

Parmi les caractères qui différencient l'herpétis des autres maladies constitutionnelles, nous signalerons, avec Bazin, l'absence de produit spécial comparable aux tophus ou aux gommes, et l'absence d'arthropathies à une période déterminée. On trouve ici une altération fonctionnelle spéciale qui consiste dans les troubles de la sécrétion épidermique; et dans l'étiologie, les causes morales (frayeur, émotions et passions pénibles), occupent une place importante.

La dartre est acquise ou héréditaire; héréditaire, elle se dévoile à des époques très variables; elle peut exister à l'état latent sans que l'on puisse annoncer le moment de son explosion; mais souvent le médecin pourra reconnaître l'imminence morbide et conseiller une hygiène préservatrice : « Cette prédiction des affections futures, dit M. Gerin-Roze (1), reposera sur deux ordres de fait, c'est-à-dire sur l'étude des maladies de famille dont l'enfant peut avoir sa part, et sur un en-

(1) Loc. cit., p. 42.

semble de caractères que l'observation a fait regarder comme propre aux dartreux. »

Souvent, malgré un appétit considérable, l'embonpoint est peu développé, et l'on note plutôt la maigreur. L'esprit est généralement irascible et porté à la mélancolie. La peau est habituellement sèche, la transpiration difficile, et l'on observe fréquemment des démangeaisons cutanées, sans éruption, surtout vers la région anale. Toute la surface tégumentaire est d'une susceptibilité très grande aux influences locales ou générales (excès alcooliques, veilles, aliments particuliers, tels le café, la charcuterie, les écrevisses, les fraises, etc.).

Cet état peut persister indéfiniment ou n'être que le prélude des manifestations qui éclatent brusquement sous l'influence de causes occasionnelles souvent assez minimes pour demeurer inaperçues.

Les éruptions cutanées sont caractérisées par des lésions anatomiques variées, plus souvent associées qu'isolées, par leur tendance à s'étendre en rayonnant ou à envahir des parties éloignées, par leur développement généralement symétrique, par les démangeaisons cuisantes qu'elles provoquent surtout pendant la soirée, par l'excitation nerveuse qui les accompagne, par leur susceptibilité aux influences morales, enfin par l'absence de toute cicatrice.

Les affections dartreuses ne s'accompagnent guère d'accidents généraux, si ce n'est lorsqu'elles revêtent momentanément une forme aiguë, ou lorsque, après avoir affaibli le malade par les produits morbides incessamment renouvelés d'une éruption invétérée et rebelle,

elles amènent la cachexie dartreuse et la mort dans le marasme par épuisement.

Le tégument externe est-il le seul terrain de la manifestation dartreuse? « D'abord les muqueuses, qui sont le tégument interne, dit M. le professeur Hardy (1), et dont la structure anatomique présente plus d'une analogie avec celle de la peau, sont souvent le théâtre d'accidents d'origine manifestement dartreuse. Tantôt l'éruption cutanée gagne de proche en proche les muqueuses, et particulièrement celles qui sont en communication directe avec la peau par continuité de tissu, et donne lieu à des ophthalmies, à des otites, à des coryzas, à des stomatites et à des vaginites dartreuses. Tantôt la diathèse dartreuse se manifeste d'emblée sur la muqueuse, soit en l'absence de toute éruption cutanée, soit simultanément avec celle-ci, et alors vous voyez surgir des angines granuleuses, des bronchites, des entérites et même des gastralgies dues également à l'herpétisme. Du reste, d'une part, les succès incontestables des préparations arsenicales, qui sont la médication anti-dartreuse, par excellence, et de certaines préparations sulfureuses employées contre ces maladies, et d'un autre côté l'espèce d'alternance qui existe quelquefois entre l'affection interne et l'éruption tégumentaire prouvent d'une manière péremptoire la communauté d'origine et de solidarité de ces maladies à localisations diverses. »

A l'exemple de Bazin, M. Gérin-Roze admet dans l'herpétis quatre périodes :

Dans la première, les affections apparaissent d'une manière intermittente, et dans les intervalles la santé

(1) Hardy Leçons sur les affections dartreuses, Paris, 1868, p. 29.

est satisfaisante ; la maladie semble alors locale.

Mais outre les affections tégumentaires, on observe des névralgies franches, notamment des névralgies faciales et sciatiques, et des migraines fixes, accompagnées de vomissements et de nausées, présentant des points douloureux déterminés et différant des migraines plus diffuses que Trousseau a décrites chez les rhumatisants et les goutteux.

« Il est, dit M. Gérin-Roze (1), des inflammations primitives du tégument interne, qui sont sous la dépendance de la maladie constitutionnelle. Tantôt elles se montrent avant les poussées symptomatiques, tantôt elles alternent avec elles ; de sorte que chez quelques malades on n'a pu triompher de certains phénomènes graves, tels qu'une toux opiniâtre, qu'en rappelant l'éruption cutanée à l'aide de bains sulfureux. » C'est ainsi qu'on a signalé, comme étant de nature dartreuse : une laryngite et une pharyngite granuleuse, *une bronchite chronique avec hypersécrétion*, des attaques répétées de coryza, des ophthalmies légères du bord libre des paupières avec prurit, des gastro-entérites avec diarrhée glaireuse, des leucorrhées et même des blennorhées à l'époque de la puberté ou même pendant l'enfance.

Dans la deuxième période, les affections, plus étendues et plus fixes, ne sont que l'exagération des phénomènes notés dans la première. On retrouve les mêmes manifestations cutanées ou muqueuses ; l'élément névralgique est aggravé, et M. Gérin-Roze signale, dans cette période l'asthme nerveux, les coliques sèches et les névralgies utérines.

(1) Gérin-Roze. Loc. cit., p. 44.

Dans la troisième période, les éruptions, jusqu'alors intermittentes, deviennent permanentes, se généralisent et se compliquent d'affections viscérales dont la disparition peut encore s'obtenir. C'est à ce moment surtout que les herpétides alternent avec les affections précédemment mentionnées, et que par leur disparition brusque ou méthodiquement obtenue elles peuvent, suivant M. Gérin-Roze, donner naissance à de nombreuses affections métastatiques dont les principales seraient : l'ascite, l'hydropéricarde, l'œdème du poumon, l'apoplexie séreuse, les troubles intellectuels, les catarrhes pulmonaires ou vésicaux, la pleurésie, la pneumonie, l'ictère.

Enfin la quatrième période serait caractérisée, suivant Bazin et son école, par la cachexie qui résulte de l'étendue des dartres et de l'aggravation des troubles fonctionnels, et par la persistance des lésions organiques dont on ne peut plus espérer la guérison. Parmi ces lésions viscérales ultimes, Bazin range le cancer herpétique qui se distinguerait par son peu de tendance à la diffusion, son caractère peu hémorrhagipare, l'acuité des douleurs et la rapidité de la cachexie.

Toutes ces affections viscérales ne constituent pas pour M. Hardy des manifestations de l'herpétis. Il admet seulement qu'un certain nombre d'entre elles se rencontrent plus ou moins souvent chez les sujets herpétiques, et voici comment il s'exprime au sujet du cancer : « Je n'établis pas un rapport direct entre les éruptions dartreuses et le cancer, je ne reconnais pas entre ces maladies une identité de nature, je me contente de con-

stater la fréquence des éruptions dartreuses chez les cancéreux, et de considérer l'existence antérieure de ces éruptions comme indiquant une prédisposition au cancer. »

B. DES BRONCHITES SIGNALÉES CHEZ LES HERPÉTIQUES.

Broussais reconnaissait l'alternance entre les bronchites et les affections cutanées. « Une sécrétion, dit-il, peut diminuer à la peau et être suivie d'une supersécrétion des bronches ; » mais il prétend qu'on peut, en y regardant de près, découvrir toujours l'influence simultanée du froid.

Dans certains cas de bronchite chronique, disent les auteurs du Compendium (1) « on a vu l'apparition d'une fièvre intermittente ou d'un exanthème chronique amener un heureux résultat. »

Laënnec (2) signale la fréquence du catarrhe sec chez les dartreux et déclare que la répercussion des éruptions cutanées, aiguës ou chroniques a souvent une influence marquée sur le développement de la bronchite.

M. Barth (3) rattache dans certains cas la bronchite à la constitution herpétique du malade : « La bronchite dit-il, est-elle survenue, chez un sujet affecté de maladie de peau, surtout après la disparition d'une éruption cutanée, on est fondé à la considérer comme dépendant d'une diathèse herpétique. »

(1) Compendium de médecine, t. I, p 673.
(2) Laënnec. Traité de l'auscultation, 2e édition, t. I, p. 191 et 152.
(3) Barth. Art. Bronchite, in Dictionnaire encyclopédique des science médicales, p. 746.

M. Besnier (1) rapporte également à l'herpétis certaines bronchites que Bazin tendait à rattacher à la maladie arthritique : « Les vices dartreux et herpétiques, dit-il, que Bazin fait rentrer dans les arthritides, ressaisissent bon nombre d'adultes sous la forme de bronchites chroniques... » En traitant de la bronchopneumonie, M. Roger (2) fait remarquer que cette affection succède rarement chez les enfants à l'eczéma du cuir chevelu. » Quant à la suppression de la gourme (eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu), elle sera beaucoup plus souvent l'effet que la cause des affections intercurrentes, et dans les faits exceptionnels de véritable et rapide suppression, on verra se manifester des accidents cérébraux ou entéritiques (choléra infantum) bien plutôt qu'une bronchopneumonie. »

L'asthme, dans ses différentes formes, a été signalé aussi depuis longtemps chez les sujets atteints de maladies de peau.

Fabrice de Hilden (3), cité par les auteurs du Compendium rapporte le cas d'un jeune homme saisi brusquement d'un accès d'asthme après la dispariton d'une affection cutanée produite par un répercussif.

Cullen (4) admettait un asthme exanthématique développé sous l'influence de diverses éruptions.

Guersent (5) signale d'une manière plus précise

(1) Besnier. Art. Rhumatisme, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, p. 765.

(2) Roger. Art. Bronchopneumonie, in Diction. encycl. des sc. méd., p. 41.

(3) Compendium de médecine, art. Asthme, p. 436.

(4) Cullen. Eléments de médecine pratique, t. III, p. 69.

(5) Guersent. Art. Asthme, in Dictionnaire de médecine, p, 285.

l'existence de l'asthme chez les sujets eczémateux : « L'asthme nerveux, dit-il, chez les enfants comme chez les adultes, survient quelquefois sans lésion organique ; je l'ai observé chez les enfants affectés d'eczéma chronique lorsque l'éruption avait complètement disparu. »

Avec MM. Bazin et Hardy, la plupart des médecins reconnaissent l'existence de l'asthme et de la bronchite chez les sujets herpétiques. Dans son étude sur les bronchites, M. Sénac-Lagrange (1) écrit : « Il est enfin des maladies cutanées, liées à une affection constitutionnelle qui se compliquent de bronchites. Il s'établit même entre les deux maladies, le plus souvent un eczéma, et la bronchite, une loi de balancement qui a de tout temps frappé les observateurs. Les complications d'asthme qui surgissent, achèvent de prouver les relations avec un état constitutionnel. »

C'est précisément cet état constitutionnel qui donne lieu à des questions de litige dont l'interprétation est très difficile en même temps que très variée. Il est des sujets atteints d'asthme ou de bronchite en même temps que d'affections cutanées, que tous les auteurs s'accordent à rattacher à la syphilis ou à la scrofule. Mais si les scrofulides et les syphilides, externes ou internes, ne donnent lieu aujourd'hui à aucune contestation, du moins quant à leur existence, il est loin d'en être ainsi pour les herpétides et les arthritides. D'une part, l'école de Vienne et les Allemands en général ne tiennent pour ainsi dire aucun compte des diathèses et des maladies

(1) Sénac-Lagrange. Etude clinique sur diverses formes de bronchites, p. 38.

constitutionnelles. D'autre part les auteurs qui, en Angleterre ou en France, accordent une importance plus grande au terrain constitutionnel, professent à cet égard des opinions très divergentes. Tandis que M. Guéneau de Mussy tend à effacer l'herpétis pour faire rentrer toutes ses manifestations diverses dans l'arthritisme ou dans la scrofule, M. Besnier (1) se contente de signaler l'abus qu'un grand nombre de praticiens commettent en classant indistinctement sous la dénomination d'herpétiques presque tous les sujets affectés de maladies cutanées ; et à côté des affections qu'il rattache, en petit nombre et par exclusion pour ainsi dire, à l'herpétis, il en rapporte un grand nombre à une origine arthritique. C'est à M. le professeur Hardy, qui se montre d'ailleurs très réservé à l'égard des affections diverses désignées par Bazin sous le nom d'arthritides, que revient l'honneur d'avoir nettement délimité et précisé les faits pathologiques qui constituent le domaine de l'herpétis ou dartre.

Nous n'avons pas ici à approfondir ces questions de doctrine; nous nous proposons seulement d'étudier les bronchites qu'on a signalées chez les sujets herpétiques. Qu'elles soient considérées comme des manifestations de l'herpétisme ou comme des affections accidentelles modifiées par la maladie constitutionnelle sur laquelle elles se greffent, présentent-elles des caractères particuliers ou d'ensemble qui les différencient des bronchites développées dans le cours des autres maladies constitu-

(1) Besnier. Annotation des Leçons sur les maladies de la peau par Kaposi.

tionnelles ou en dehors de ces conditions? Telle est la question que nous nous sommes posée; nous verrons ensuite si l'on peut tirer quelques conclusions de cette étude.

Caractères des bronchites observées chez les herpétiques.

« Chez les sujets atteints d'herpétisme, écrit M. Barth (1), surtout si elle coïncide avec la disparition d'une affection cutanée, telle que l'eczéma ou l'impétigo, la bronchite acquiert souvent très promptement une physionomie particulière d'*intensité* caractérisée par une grande *oppression* et des râles sibilants, sonores et muqueux, qui retentissent bruyamment dans toute la poitrine, de manière à représenter des espèces d'accès d'asthme bronchique qui ne se calment qu'au bout de plusieurs jours (*bronchite spasmodique*). »

D'après Bazin, on observerait, au début de l'herpétis, des inflammations *superficielles* des muqueuses; et c'est plus tard qu'on trouverait un balancement bien prononcé entre les manifestations cutanées et le catarrhe. « A la première période, dit-il (2), correspondent des inflammations superficielles de la peau et des muqueuses.... Dans la deuxième période, les éruptions cutanées deviennent plus fixes; c'est alors qu'on a les eczémas symétriques du pli du jarret et des saignées, le psoriasis des genoux et des coudes, etc.; dans cette seconde période s'observent également des *catarrhes*, des

(1) Barth. Art. Bronchite, in Dictionnaire des sciences médicales, p. 737.

(2) Bazin. Leçons sur les affections cutanées, p. 68.

névralgies qui offrent avec les affections cutanées ce balancement si remarquable. »

« Le catarrhe dartreux, dit-il ailleurs (1), se distingue par la *longue durée de la période irritative* (catarrhe sec de Laënnec), par les *accès d'asthme*, par sa *marche plus ou moins saccadée*, par ses *alternances* avec les éruptions cutanées. »

La bronchite peut être très peu accentuée, et dans certains cas la dyspnée existe seule sans revêtir néanmoins la forme paroxystique de l'asthme vrai. Nous croyons devoir citer ici, à titre d'exemple, le passage suivant d'une observation rapportée par Bazin à la fin de son ouvrage sur les affections cutanées :

Charles D..., âgé de 36 ans, journalier, entre le 11 avril 1865 au pavillon Saint-Mathieu, n° 25. Pas de renseignements sur les parents du malade.

Pour lui, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution robuste, mais sans embonpoint, il n'a jamais eu de gourme dans les cheveux, ni d'ophthalmies, et il aurait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition de l'éruption (eczéma symétrique) qui l'amène à l'hôpital et qui date de deux ans.

Cette éruption s'est montrée tout d'abord au creux des jarrets des deux côtés, et y a persisté depuis, en présentant des exacerbations passagères et en même temps une extension de plus en plus grande. La poussée actuelle date de trois semaines et est beaucoup plus intense que les précédentes.

Le malade ajoute que six mois après l'apparition de l'affection cutanée, il a été pris d'*accès d'oppression et d'étouffement*, *qui surviennent surtout la nuit*, le forcent à se lever brusquement et à se mettre à l'air libre pour avoir sa respiration ; ces accès durent de quatre à cinq heures, se terminent par de la *toux* et une *expectoration peu abondante*. Ils se renouvellent deux ou trois jours de suite,

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 461.

et se répètent *périodiquement* tous les huit à dix jours sous la même forme et avec la même durée.

Depuis que l'éruption qu'il porte a pris plus d'extension, ces accès d'asthme, dit-il, sont moins fréquents et moins graves ; il se sent notamment bien soulagé de ce côté depuis la dernière poussée eczémateuse.

D'autres fois, la bronchite est plus accentuée et l'élément nerveux est moins accusé. Comme exemple de catarrhe sec, avec toux opiniâtre alternant avec des affections cutanées chez un sujet herpétique, nous rapporterons l'observation recueillie par Michel Bertrand, sous le titre suivant :

Maladie de poitrine produite par la métastase d'une humeur dartreuse.

M. N..., âgé de 28 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, livré au travail de cabinet, était sujet, depuis trois ans, à une *toux opiniâtre* que les temps froids et humides augmentaient et qui diminuait en été. *Les crachats étaient muqueux, globuleux, quelquefois bleuâtres et peu abondants.* On avait observé que la *toux alternait avec des efflorescences dartreuses.* Dans l'été de 1802, un gonflement œdémateux et indolent se manifesta sur le prépuce ; la poitrine fut dégagée. Ce gonflement se termina par résolution, au bout de cinq ou six jours, et sans que l'on eût employé aucun topique : *la toux ne tarda pas à se reproduire.*

L'année suivante, le malade eut un abcès de l'aisselle qui suppura pendant une huitaiae de jours. Après deux saisons au Mont-Dore, le malade fut complètement rétabli.

On peut remarquer que, dans cette observation, Michel Bertrand signale le tempérament bilioso-sanguin du malade et la susceptibilité de la bronchite aux variations de température ; ces caractères engageraient, sans

doute, certains auteurs à voir dans cette relation un exemple d'affection bronchique alternant avec des manifestations cutanées de nature arthritique. Nous aurons à revenir sur ce point en exposant nos conclusions.

M. le professeur Hardy insiste sur le caractère rebelle et récidivant des bronchites qu'on observe chez les sujets herpétiques :

« Nous avons parlé, dit-il (1), du passage de l'eczéma des ouvertures naturelles aux muqueuses, et des bronchites et des pharyngites eczémateuses qui en étaient la conséquence, maladies souvent méconnues et toujours difficiles à guérir, qui ne sont autre chose que l'extension de l'éruption eczémateuse, par continuité de tissu comme on le voit sur l'enveloppe cutanée. Mais, en dehors de ces affections viscérales, dont une observation attentive reconnaîtra facilement l'origine et la nature, il peut en exister d'autres qui naissent d'emblée sur les muqueuses et sont une manifestation de la diathèse dartreuse, au même titre que l'éruption cutanée avec laquelle elles semblent, au reste, affecter une espèce d'alternance. Cet herpétisme interne s'observe, par ordre de fréquence, sur les muqueuses pharyngiennes, respiratoires, intestinales et vésicales, et se traduit par des inflammations spécifiques dont les caractères communs sont : la *résistance au traitement*, les *récidives presque inévitables*, et souvent, répétons-le, une *alternance avec l'éruption tégumentaire*. Tels sont un grand nombre d'angines granuleuses, *certains catarrhes bronchiques* et

(1) Hardy. Leçons sur les maladies dartreuses. Paris, 1868, p. 109.

quelques variétés d'asthmes. M. le D[r] Duclos, de Tours, a beaucoup insisté sur les relations étiologiques qui existent entre l'eczéma et les affections des voies respiratoires, et surtout différentes formes d'asthme. Nous reconnaissons très volontiers cette influence; mais nous sommes obligé d'avouer néanmoins que cet éminent praticien lui a accordé une importance beaucoup trop grande. »

Dans un autre ouvrage (1), le même auteur fait remarquer qu'on observe assez souvent chez les sujets herpétiques des affections de la langue avec développement exagéré des papilles ou avec des ulcérations et des plaques épithéliales dans la bouche, de l'angine granuleuse, des *bronchites*, des coryzas, et les *différentes variétés de l'asthme avec ou sans emphysème pulmonaire*. Nous rapporterons à la fin de ce travail deux cas d'asthme accompagné de bronchite chez des sujets eczémateux, cités par M. Collin dans les Annales de la Société d'hydrologie.

Des bronchites qu'on observe très fréquemment chez des eczémateux, sont des bronchites caractérisées par une *dyspnée revêtant la forme asthmatique et par une sécrétion visqueuse, filante et abondante* (2).

Non seulement ces affections des bronches alternent avec les manifestations cutanées, mais on les voit *coïncider* quelquefois avec les éruptions. Nous rapportons ici une observation recueillie par M. Collin, dans laquelle on constate la coïncidence de l'eczéma avec une bron-

(1) Hardy. Art. Dartre, in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 700 et 701.

(2) Hardy. Communication orale.

chite chronique présentant des exacerbations caractérisées par une dyspnée très grande et par une sécrétion muqueuse abondante :

Bronchite catarrhale coïncidant avec un eczéma presque général. Guérison rapide. Rechutes.

Mlle X..., du département de la Loire, âgée de 17 ans, d'une constitution très faible, d'un tempérament lympathique, a été réglée à 12 ans, mais il est survenu fréquemment de la dysménorrhée, voire même de l'aménorrhée, qui a été combattue par les ferrugineux, l'huile de foie de morue, etc.

La poitrine a été toujours très délicate, et les *bronchites fréquentes*. Vers l'âge de 9 ans, il est *survenu un eczéma* qui n'a pas tardé à se généraliser, et contre lequel différents medicaments ont été employés sans succès.

Cette malade a déjà fait, l'an passé, sous la direction du Dr Allard, un traitement qui a été suivi des plus heureux résultats. Elle a été complétement débarrassée de son eczéma après quelques bains seulement. L'affection a malheureusement reparu quelques mois après.

Mlle X... arrive à Saint-Honoré le 16 juillet 1860.... Toute la jambe et la cuisse droite surtout sont recouvertes de vésicules eczémateuses dont la sécrétion est abondante. *Outre* ces accidents du côté de la peau, la malade est souvent prise de *toux opiniâtre et de dyspnée intense*. Les règles n'ont pas paru depuis plusieurs mois.

Lors de ma première visite, je constate chez cette jeune fille une altération profonde de la constitution, et mon attention se porte sur les voies respiratoires.

La percussion est normale.

L'auscultation au contraire me fait entendre, dans les deux poumons, en avant et en arrière, des râles muqueux sous-crépitants, et, à certains endroits, des gargouillements pareils à ceux de la phthisie parvenue à sa dernière période.

La toux est fréquente, parfois sèche, mais plus souvent accompagnée de crachats arrondis, *épais, qui sont rendus difficilement*, mais dont la sortie soulage toujours la malade.

Je prescris la salle d'inhalation suivie d'un demi-bain matin et soir.

Le 17, au matin, l'expectoration a été rendue très facile pendant les dernières minutes que la malade a passées à la salle d'inhalation. « Toute la nuit, me dit-elle, je n'ai fait que tousser et cracher surtout. »

Rien ne saurait faire comprendre mon étonnement, lorsqu'à l'auscultation je ne trouvai plus aucun des bruits morbides que j'avais parfaitement constatés la veille, et qui avaient laissé mon diagnostic en suspens. Je prescrivis alors, outre l'inhalation, un grand bain tous les jours.

Jusqu'au 11 août qu'a duré la cure, j'ai vu plusieurs fois la poitrine se prendre, mais l'inhalation en faire promptement justice.

Le 11 août, Mlle X... est partie, très bien guérie de son eczéma et de sa bronchite eczémateuse. . . . .

. . . .

La guérison de Mlle X... ne s'est pas maintenue longtemps, et *avec l'eczéma a reparu l'affection catarrhale* que nous connaissons.

Cette ténacité de l'affection catarrhale chez les sujets herpétiques s'observe également lorsqu'au lieu de coïncider avec l'affection cutanée, la bronchite alterne avec elle ou lui succède. M. Guéneau de Mussy (1), cite un exemple de balancement remarquable par la durée de la période pendant laquelle la bronchite demeura latente et resta, pour ainsi dire en puissance : « Je me rappelle, dit-il, avoir vu un dartreux, chez lequel *un catarrhe, qui persista dix-huit mois, succéda à la guérison d'une affection herpétique*. Un cautère à la partie inférieure de la cuisse fit cesser la toux. Plus d'un an après sa guérison, cet homme crut pouvoir supprimer son cautère ; le ca-

(1) Guéneau de Mussy. Leçons de clinique médicale. t. I, p. 517.

tarrhe reparut et ne céda qu'à l'application d'un nouveau fonticule. »

En parlant de l'asthme, dont on a signalé diverses formes chez les sujets herpétiques, le même auteur (1) s'exprime ainsi : « On a admis, et j'ai admis moi-même un asthme d'origine herpétique; mais plus j'étudie cette question des affections diathésiques, plus je cherche à délimiter ce terrain de l'herpétisme, plus je le vois se restreindre et disparaître entre ces deux grandes diathèses, l'arthritisme et la scrofule qui empiètent sur lui.... » Et ailleurs (2), il écrit : « Derrière l'asthme on découvre souvent une disposition herpétique, qui n'est peut-être elle-même qu'une dérivation de l'arthritisme, comme l'indiquent la périodicité des accès et leur forme paroxystique à exacerbations nocturnes qu'on retrouve dans beaucoup d'affections d'origine arthritique. »

En lisant certaines observations d'asthme accompagné de bronchite et de coryza, chez des sujets herpétiques, telle que l'observation recueillie par M. Collin et rapportée à la fin de cette étude, il nous semble qu'on ne peut méconnaître une certaine analogie entre cette affection des voies respiratoires et plusieurs cas de rhino-bronchite que M. Guéneau de Mussy rattache à la maladie arthritique.

Il est une affection de la peau qui parfois est accompagnée, précédée ou suivie de bronchites intenses, ca-

(1) Loc. cit., t. I, p. 377.
(2) Loc. cit., t. I, p. 514.

ractérisées par une oppression violente et paroxystique, par des accès de dyspnée à forme asthmatique ou par un asthme véritable. L'urticaire, que Trousseau a vue alterner avec des accès d'asthme (1) et avec des bronchites répétées à exacerbations paroxystiques (2), a été rattachée par lui, dans quelques cas, à l'herpétis, et soumise à la médication arsenicale. M. Hérard (3), pour qui cette affection est indépendante de toute maladie constitutionnelle, nous citait encore dernièrement le cas d'un malade saisi brusquement d'une dyspnée extrême, poussée jusqu'à la suffocation imminente, qui fut jugée le lendemain par l'expectoration d'une sécrétion bronchique très abondante et par l'apparition d'une éruption ortiée. D'autres médecins, à l'exemple de Bazin, rapportent cette affection tantôt à l'arthritis, tantôt à l'herpétis. M. Guéneau de Mussy tend à lui attribuer une origine presque exclusivement arthritique : « Bazin, dit-il (4), tout en affirmant les rapports fréquents de l'urticaire avec l'arthritisme, avait admis une urticaire herpétique dont les caractères distinctifs ne me paraissent pas bien solidement établis.

C'est très probablement à l'urticaire, ou à un processus analogue, qu'il faut attribuer ces coryzas soudains et passagers, accompagnés d'éternuements incoercibles, de prurit nasal et quelquefois d'un flux très abondant, d'autres fois d'enchifrènement, qu'on observe chez les

(1) Trousseau. Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. II, p. 488.

(2) Loc. cit., t. I, p. 262.

(3) Hérard. Communication orale.

(4) Guéneau de Mussy. Des endermoses, in France médicale, 1879, p. 209.

arthritiques, ou ces toux quinteuses, agaçantes, également fugaces, accompagnées d'une insupportable titillation de la gorge. »

M le professeur Hardy (1) ne rattache l'éruption ortiée ni à l'arthritisme, ni à l'herpétisme : « Quant à l'urticaire, dit-il, nous nous refusons à reconnaître dans cette maladie le caractère des affections dartreuses; sa mobilité spéciale, sa ressemblance ou sa liaison avec les névroses, son défaut de transmission héréditaire, la distinguent assez pour que nous pensions qu'on doive l'éloigner de l'eczéma et du psoriasis, et qu'on doive la considérer comme une névrose cutanée, soit idiopathique, soit symptomatique. » Dans sa classification des maladies de la peau, M. Hardy range l'urticaire parmi les dermatoses accidentelles.

Laissant de côté ici toute question d'origine, nous croyons pouvoir conclure des observations citées par M. Guéneau de Mussy, que l'urticaire et la rhinobronchite, qui souvent alterne avec l'éruption ortiée, peuvent s'observer chez des sujets affectés de dermatoses dartreuses (*pityriasis*) (2). Nous rapportons ici une observation de Bazin (3), qui montre un exemple de dyspnée intense coïncidant avec une urticaire chez un sujet depuis longtemps eczémateux :

(1) Hardy. Art. Dartres, in Dictionn. de méd. et de chir. pratiques, p. 705.

(2) Guéneau de Mussy. Loc. cit., p. 547 et p. 548.

(3) Bazin. Leçons sur les affections cutanées, p. 481.

Eczéma symétrique des jarrets. — Urticaria evanida.
Accès d'asthme.

Ernest N..., âgé de 28 ans, entre le 20 mars au pavillon Saint-Mathieu, n° 3.

Le père du malade est mort atteint d'aliénation mentale; sa mère était sujette à des migraines très fréquentes et s'accompagnant de vomissements, et à des accès d'asthme également fréquents; elle serait morte dans un de ces accès.

Pour lui, d'un tempérament lymphatico-nerveux, il est d'une constitution sèche et un peu amaigrie. Il a eu une fluxion de poitrine à 19 ans ; depuis, sa santé s'est bien rétablie, et il n'a jamais fait d'autre maladie grave.

Pas de douleurs dans les articulations, quelques douleurs de reins passagères; digestions faciles, selles régulières, pas d'hémorrhoïdes; chaleurs fréquentes à la tête avec tendance aux étourdissements et sensation d'étouffement. Apparition de placards eczémateux au creux du jarret, symétriquement de chaque côté, il y a une quinzaine d'années, et qui persistent encore; des placards analogues se sont montrés plus tard de chaque côté du cou et à la face interne des cuisses et ont disparu après quelques mois de durée.

Ce malade entre à l'hôpital à 10 heures du soir, dans un accès d'oppression et d'étouffement très violent, qui l'aurait surpris en bonne santé une heure avant son arrivée à l'hôpital. On lui applique immédiatement au creux épigastrique un large sinapisme, et, une heure après, il se sent notablement soulagé.

Le lendemain, revenu à son état ordinaire, il peut donner les renseignements qui précèdent, et il ajoute que, depuis cinq à six jours, il éprouvait des chaleurs à la tête et des étourdissements plus violents que d'habitude, et qu'au début de son accès d'oppression, il avait senti se développer sur tout le corps, le tronc et les membres, des *boutons du volume d'une lentille*, *s'accompagnant de démangeaisons très vives*, et qui ont rapidement disparu en même temps que son oppression (*urticaria evanida*).

Actuellement, 21 mars, le malade ne présente ni oppression, ni boutons sur le corps, ni démangeaisons; il éprouve à peine un léger sentiment de malaise général. Mais en l'examinant de *ca-*

pite ad calcem, on retrouve de chaque côté, au creux du jarret, les plaques d'eczéma que porte le malade depuis longtemps. Ces plaques sont d'une rougeur peu intense, sans suintement, recouvertes d'exfoliations légères, et ne s'accompagnant que de faibles démangeaisons. Elles sont peu étendues, et jusqu'ici sont restées limitées aux points qu'elles occupent actuellement. Aucune autre trace d'éruption sur le corps.

Traitement. — T. C. Solution arsenicale ; bains simples ; onctions à l'huile de cade mitigée au tiers.

Le 28 avril, le malade sort complètement guéri.

Nous pensons avec nombre de médecins que l'urticaire survenant chez un sujet herpétique ne joue que le rôle de maladie occasionnelle et que les phénomènes bronchiques qu'on observe doivent être rattachés à la maladie ortiée dans bien de cas.

Quant aux observations de rhino-bronchite signalées chez des sujets atteints d'eczéma, avec ou sans éruption d'urticaire, nous croyons qu'on peut y voir l'influence de la maladie herpétique, dans le cas où l'affection des voies respiratoires coexiste ou alterne avec des poussées eczémateuses ou d'autres affections dartreuses telles que le pityriasis, des névralgies et des migraines à forme herpétique, surtout si les accès se répètent principalement sous l'influence des causes morales et s'accompagnent d'expectoration pituiteuse (1).

Dans toutes les affections des bronches signalées chez des sujets atteints de maladies cutanées, les anciens voyaient des exemples frappants de métastase. Aujourd'hui on a restreint et précisé le sens du mot : « Pour

(1) Guéneau de Mussy. Loc. cit., p. 553 et suiv.

nous, écrit M. Quinquaud (1), la métastase se compose d'un acte morbide primitif et d'un acte morbide secondaire. Il faut que le premier ait entièrement disparu ou se soit effacé devant le second ; il faut, de plus, que celui-ci soit sous la dépendance de celui-là. » « De nos jours, dit-il plus loin, avec une observation plus exacte, on voit que le nombre des faits métastatiques a singulièrement diminué. Ainsi, grâce à la notion de maladie générale introduite par Alibert, Guéneau de Mussy, Hardy et Bazin, on a mieux vu la localisation et écarté des métastases un certain nombre de troubles coïncidants; néanmoins, il existe encore dans la dartre des cas qui correspondent à la définition de la métastase; on constate l'apparition de bronchites, de gastrites, d'entérites avec la cessation des dartres ; mais Hardy considère ces faits comme exceptionnels..... Chez les sujets asthmatiques, on voit la maladie s'aggraver ou se produire au moment de la cessation d'un eczéma; tous les dermatologistes en citent des exemples, récemment encore Merly en a signalé des cas. Il semble que ce soient des influences d'un même état général qui s'influencent réciproquement. »

L'école allemande repousse d'une manière absolue la notion de métastase et de répercussion.

Le professeur Kaposi (2), de Vienne, déclare que « l'idée d'une rentrée, d'un refoulement, d'une répercussion des maladies de la peau est inadmissible. » Ses savants commentateurs, MM. Besnier et Doyon, envisageant la

(1) Quinquaud. Th. d'agrég., 1880, p. 27.

(2) Kaposi. Leçons sur les maladies de la peau, traduct. de Besnier et Doyon. Paris, 1881, p. 131.

question au point de vue pratique ont annoté ce passage : « En fait, disent-ils, y a-t-il des cas dans lesquels il puisse être nuisible à un titre quelconque, présent ou avenir, de faire disparaître certaines dermopathies ? Voilà ce que demande le médecin praticien ; or, la réponse à cette question ne peut être donnée d'une manière absolue. Voici, par exemple, un sujet atteint de bronchite alternant avec une dermopathie, le plus habituellement un eczéma ou un prurigo : est-il certainement sans inconvénient de traiter activement la dermopathie par des moyens externes ? Nous ne croyons personne autorisé à affirmer qu'il ne puisse *jamais* y avoir aucun dommage à le faire... C'est affaire d'observation pure, et dans le doute qui subsiste sur certains points de la question, nous ne conseillerons pas aux médecins d'être absolus dans leur pratique en ces différentes conjonctures. »

Après avoir parlé de l'asthme et des bronchites avec sécrétion muqueuse abondante qui se développent peu de temps après la disparition d'un eczéma ou de toute autre affection dartreuse, pour céder lorsque l'éruption se manifeste au dehors, M. le professeur Hardy signale dans certains cas un véritable balancement entre ces affections. Et il ajoute (1) : « Nous avons rencontré assez fréquemment des *bronchites chroniques présentant particulièrement les symptômes du catarrhe pulmonaire*, qui se développaient au moment où des eczémas anciens et très sécrétants venaient à guérir. Mais ce ne sont pas là des métastases à proprement parler ; ce sont des ef-

(1) Hardy, Art. Dartres, in Dict. de méd. et chir. prat., p. 701.

fets d une même cause agissant successivement ou simultanément sur la peau et sur les membranes muqueuses ; dans ce balancement même il ne faut pas voir une répercussion, mais le fait de cette loi si bien formulée par Hippocrate, qui indique que, lorsque deux maladies existent simultanément, la plus grave efface l'autre. »

Au point de vue qui nous occupe on doit se demander s'il est parfois dangereux de faire disparaître une dermopathie dartreuse. Nous ne saurions répondre d'une manière plus précise qu'en citant le passage suivant de M. Hardy : « En général, il n'est pas dangerenx de guérir les dartres ; seulement, dans les cas exceptionnels que nous avons réservés et chez certains dartreux atteints d'asthme et de catarrhe pulmonaire dont les accès de suffocation sont plus rares et plus légers tant que l'éruption est en pleine efflorescence, et dont les étouffements reviennent, au contraire, plus fréquents et plus intenses quand l'affection extérieure est guérie ou seulement diminuée d'une manière notable, le médecin devra être discret et respecter jusqu'à un certain point l'affection cutanée (1). »

Nous venons de voir que pour M. Hardy certaines affections survenant du côté des bronches chez les sujets herpétiques ne constituent ni une métastase ni une répercussion, mais bien plutôt des localisations de la maladie constitutionnelle. On peut, dans certains cas, rattacher les phénomènes bronchiques à l'insuffisance des fonctions cutanées. « Les affections cutanées liées à

(1) Hardy. Leçons sur les maladies dartreuses, p. 31.

une affection constitutionnelle, écrit M. Hayem (1), sont évidemment très souvent compliquées de bronchite chronique à répétition. Et ici, tout porte à croire que la cause générale qui entretient à la peau des manifestations agit aussi et de la même façon sur la muqueuse des bronches. On voit souvent, particulièrement dans l'eczéma chronique une sorte de balancement entre la bronchite et l'élément cutané; et, s'il est impossible d'admettre sans preuve une phlegmasie eczémateuse des bronches, on peut du moins soutenir l'action d'une cause diathésique............ On peut admettre, de plus, avec M. Gérin-Roze que les catarrhes divers qui apparaissent dans la dernière période des manifestations dartreuses, alors que la peau fonctionne mal, peuvent être attribués aux efforts que font les muqueuses, et, en particulier, celles des voies respiratoires, pour suppléer la surface cutanée dans ses fonctions d'élimination. »

Elément du diagnostic.

Nous avons exposé les affections des bronches que nous trouvons signalées par les auteurs chez les sujets affectés de dermatoses dartreuses. Et nous voyons indiqués comme caractères communs : la résistance aux traitements ordinaires des bronchites, les récidives, l'alternance ou le balancement avec des affections cutanées; l'oppression, les crises d'étouffements, les accès de dyspnée qui varient depuis la forme paroxystique de l'asthme pur, procédant par accès plus ou moins périodiques, jusqu'à la forme plus

(1) Hayem. Th. d'agrég., 1869, p. 95.

ou moins chronique de l'asthme accompagné de catarrhe et d'emphysème. Néanmoins, l'asthme pur s'observerait plus souvent chez les herpétiques que l'asthme catarrhal considéré par Bazin comme plus spécial aux sujets arthritiques.

Nous devons noter, parmi les bronchites aiguës ou parmi les bronchites chroniques sujettes à des exacerbations, la fréquence des sécrétions pituiteuses très différentes des sécrétions abondantes qu'on observe dans la forme généralement torpide des bronchites signalées chez les scrofuleux. Parmi les affections aiguës, nous voyons indiquées des bronchites fréquentes, à répétitions, à l'époque de la puberté ; puis des bronchites apparaissant après la disparition des affections cutanées, et remarquables par leur intensité et la brusquerie du début.

Ces bronchites s'accompagnent de râles sibilants et ronflants qui peuvent occuper toute la poitrine, et d'une expectoration pituiteuse ; en raison de la rapidité de leur apparition et de la vivacité de la dyspnée, on les a désignées parfois sous le nom de bronchites spasmodiques. Dans toutes ces affections aiguës ou exacerbées de l'appareil bronchique, nous voyons l'élément nerveux jouer un rôle important, et le caractère spasmodique s'accentuer nettement. Ces bronchites semblent s'accompagner un peu moins souvent de congestions pulmonaires que celles des sujets rhumatisants.

Dans plusieurs cas on voit apparaître simultanément ou successivement un coryza violent, une angine et des accès d'asthme accompagnés ou non de bronchite, et parfois même d'un peu de congestion ; c'est du moins

ce qui semble résulter de l'une des observations recueillies par M. Collin et rapportées à la fin de ce travail.

Dans les formes chroniques, on signale : un catarrhe pituiteux très rebelle, offrant sous l'influence de diverses causes, notamment sous l'influence des fatigues et des émotions, des paroxysmes de toux opiniâtre et violente ; des bronchites chroniques sèches, avec exacerbations caractérisées par une sécrétion abondante ; puis des catarrhes compliqués d'asthme ou succédant à un asthme dégénéré en bronchite avec emphysème ; enfin, des bronchites capillaires. Toutes ces bronchites, établies à l'état chronique, s'observent dans les périodes de la maladie qui constituent pour Bazin la seconde époque de l'herpétis, pendant laquelle l'affection cutanée, devenue fixe et ordinairement généralisée, permettra de rattacher les altérations bronchiques et la cachexie qui les accompagne à l'évolution de la maladie constitutionnelle.

Si ces diverses affections des bronches diffèrent de celles qu'on observe chez les sujets scrofuleux, nous croyons que les signes tirés de ces affections elles-mêmes sont insuffisants pour les différencier de celles qu'on a signalées chez les arthritiques, et la seule étude de leurs caractères objectifs ne saurait déceler aucun lien entre elle et la maladie herpétique.

Quant aux éléments de diagnostic puisés dans les circonstances au milieu desquelles ces affections bronchiques se développent, ils ressortent de l'exposé des symptômes assignés par les auteurs à la maladie herpétique, et résumés précédemment. Nous rappellerons seulement que l'herpétis peut se manifester dès l'en-

fance, qu'on l'a signalé fréquemment chez les individus secs, bilieux, nerveux, et qu'il s'accompagne souvent d'un tempérament mélancolique ou irritable. Contrairement à ce qu'on observe chez les arthritiques, la transpiration est généralement difficile et rare. Les urines se troublent peu de temps après l'émission par un dépôt de mucus et de phosphates plus ou moins abondants. Mais il est un signe qui peut offrir assez souvent des renseignements plus positifs, c'est la coexistence d'une angine caractérisée par des granulations petites et égales, par une sécrétion souvent séro-purulente et par un prurit généralement sourd et continu. Enfin, la notion étiologique pourra être ici d'une importance réelle, lorsqu'on verra des accès de dyspnée ou les exacerbations d'une bronchite se manifester nettement sous l'influence de certaines causes déterminantes, telles que la frayeur, la fatigue intellectuelle, les chagrins, les émotions, les impressions morales pénibles.

Valeur pronostique

Nous ne reprendrons pas le pronostic de chacun des troubles bronchiques qu'on peut observer chez les herpétiques, et qui varie suivant la forme de l'affection. Pour les bronchites chroniques qui reconnaissent pour origine un asthme nerveux, nous aurions à répéter ici ce que nous avons dit au sujet de l'asthme catarrhal et des bronchites avec emphysème. Mais nous signalerons seulement l'influence que les bronchites chroniques et les bronchites à répétitions peuvent exercer, concurremment avec l'angine granuleuses ,ur le caractère naturellement hypochondriaque

des malades; nous ajouterons, qu'à une époque plus tardive, l'affection bronchique contribue à hâter la cachexie; et nous rappellerons enfin que si les sujets herpétiques sont menacés souvent d'une mort lente et douloureuse amenée par le développement d'un cancer, ils peuvent aussi succomber brusquement et sans agonie, par syncope ou mourir rapidement encore dans un accès de suffocation.

Conclusion.

Nous voyons signalées, en résumé, chez les sujets herpétiques, en dehors de l'asthme proprement dit :

1° *Des bronchites aiguës*, souvent accompagnées ou précédées d'un eczéma très brusque avec ou sans ophthalmie, et caractérisées par une dyspnée paroxystique et par une expectoration pituiteuse plus ou moins abondante, ou par de simples accès d'étouffements.

2° Des *bronchites subaiguës et chroniques*, affectant quelquefois la forme du catarrhe sec ou présentant une forme plus humide, une expectoration muqueuse plus abondante, et remarquables par les exacerbations violentes et brusques de la dyspnée et par l'accroissement des sécrétions souvent perceptible dans toute l'étendue de la poitrine, sous l'influence de conditions déterminantes très légères et particulièrement sous l'influence de causes morales.

3° Enfin des *bronchites chroniques et invétérées*, qui sont souvent la conséquence d'un asthme ou de l'une des bronchites précédentes, et qui correspondent géné-

ralement à la période cachectique de la maladie constitutionnelle.

Nous constatons une très grande analogie entre ces diverses formes d'affections bronchiques et celles que nous avons énumérées chez les sujets goutteux ou rhumatisants:

En dehors des conditions étiologiques, nous ne voyons guère, parmi les caractères mentionnés par les auteurs, au sujet des bronchites observées chez les herpétiques, que : la fréquence plus grande de l'asthme pur, la prédominance plus accentuée des symptômes dyspnéiques sur les phénomènes congestifs, enfin (si nous exceptons le catarrhe sec qui s'observe également dans les deux maladies constitutionnelles) le caractère peut être plus souvent pituiteux de l'expectoration opposé aux crachats épais et plus adhérents de la bronchite chez les arthritiques.

S'il nous fallait exprimer une différence ou plutôt une nuance entre les bronchites indiquées chez les arthritiques et celles qu'on a signalées chez les herpétiques, nous traduirions l'impression qui résulte pour nous de l'ensemble des faits observés, en disant que chez les herpétiques l'élément nerveux seul nous paraît jouer un rôle prépondérant et que chez les arthritiques l'influence du système vaso-moteur s'accuse davantage. Nous serions enclins à voir dans le *spasme* la note dominante des bronchites signalées chez les herpétiques, et dans l'*éréthisme* la caractéristique des affections thoraciques indiquées chez les arthritiques.

Laissant ici complètement à l'écart la question de dérivation et de dégénérescence des maladies constitutionnelles, nous avons constaté, dans les observations rapportées par divers auteurs, que l'on peut observer des affections dartreuses chez des sujets arthritiques. Ce sont là des exemples dans lesquels l'arthritis et la dartre coexistent chez un même individu. M. le professeur Hardy nous semble parfaitement explicite lorsqu'il dit : « Quelquefois, en effet, l'éruption dartreuse vient se développer sur un sujet déjà atteint d'un *autre vice constitutionnel* dont l'influence peut non seulement agir sur ces manifestation dartreuses en les modifiant, mais même s'opposer à l'effet de la médication antiherpétique. Cet état accessoire doit être rapporté le plus ordinairement à la scrofule ou à la goutte, bien plus rarement à la syphilis. »

Dans les cas où l'arthritisme et les affections dartreuses coexistent, lorsqu'on se trouve en présence d'une affection bronchique présentant l'une des formes observées à peu près indistinctement chez les arthritiques et chez les herpétiques, il est difficile de décider si l'affection thoracique est sous l'influence de l'une des deux maladies constitutionnelles et non de l'autre. Nous ne voyons guère que la considération de la cause déterminante de l'accès ou la répétition des exacerbations sous l'influence des conditions du même ordre (conditions morales dans un cas, variations atmosphériques dans l'autre) qui puissent fournir des indices de quelque importance. Le traitement pourra aussi, jusqu'à un certain point, servir d'arbitre dans quelques cas. Quant aux bronchites chroniques invétérées, elles coexistent

ordinairement avec une dartre généralisée, à la période cachectique de l'herpétis.

Nous n'avons pas à trancher ici la question de savoir si l'eczéma et le psoriasis, que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à rattacher à l'arthritisme, doivent être considérés réellement comme des manifestations de cette maladie constitutionnelle. Il nous suffit, pour le moment, d'avoir signalé leur fréquence relative chez les sujets arthritiques.

Nous verrons dans la suite comment se comporte la bronchite lorsque, chez un même individu, coexistent deux maladies constitutionnelles qui, séparément, agissent à l'ordinaire d'une manière différente sur les affections des voies respiratoires. Lorsqu'il s'agit de l'arthritis et de la dartre, l'influence propre à chacune de ces maladies sur l'affection bronchique ne nous paraît pas offrir de caractères assez tranchés pour se prêter à l'analyse différentiel de ces cas complexes.

Nous citons, à la fin de ce travail, une observation de bronchite chronique et de psoriasis chez un sujet dont les urines ne contenaient d'ailleurs aucune trace d'acide urique, et que M. Greenhow rattache à la goutte. Les caractères de la toux et de l'expectoration ne nous paraissent pas constituer des indices suffisants pour affirmer cette relation ; à notre avis, c'est là un exemple de l'insuffisance des caractères tirés de la bronchite seule, et l'on pourrait rattacher cette bronchite à l'herpétis aussi bien qu'à la goutte.

CHAPITRE TROISIÈME.

Scrofule.

A. Exposé des caractères de la scrofule.

« La scrofule, dit Bazin (1), est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue, se traduisant par un ensemble d'affections variables de siège et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractères communs la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siège ordinaire les systèmes tégumentaire, lymphatique et osseux. »

Depuis Galien, la plupart des auteurs, imbus de la doctrine humorale, ont cherché vainement à caractériser ce qu'on appelait alors le « virus scrofuleux », et à rapporter les troubles observés aux altérations des liquides organiques (excès d'acidité ou d'alcalinité). Jusqu'à Bichat, les médecins français ou étrangers tels que Sauvage, Charmetton, Lalouette, Hufeland, etc., rattachèrent à la scrofule des affections diverses qui paraissaient nées sous l'influence d'un même principe et dans des conditions étiologiques analogues; Lugol défendit encore l'entité scrofuleuse contre l'école organicienne qui ne considérait que des lésions locales et qui luttait con-

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 90.

tre toute tendance aux généralisations. On chercha alors à localiser dans le système lymphatique les lésions primitives de la scrofule. Henle caractérise le vice scrofuleux par la vulnérabilité anormale du système lymphathique. et Wirchow accuse le développement normal du système lymphatique et la caducité précoce des cellules des néoformations inflammatoires. Mais tandis que Lugol, frappé de la fréquence de la tuberculose chez les sujets scrofuleux, considère le tubercule comme un produit exclusif de la scrofule, Lebert établit une distinction profonde entre la scrofule et la tuberculose en reconnaissant toutefois aux deux maladies une communauté fréquente d'origine; pour lui, la scrofule est une maladie constitutionnelle, distincte de la diathèse tuberculeuse, se manifestant essentiellement sur les organes externes, et coïncidant très fréquemment avec la tuberculose. Milcent tend à faire rentrer la tuberculose parmi les manifestations de la scrofule, qui représente pour lui une diathèse spéciale pouvant se manifester par des tubercules. Rilliet et Barthez émettent une opinion analogue, et ne considèrent qu'une diathèse unique qu'ils appellent scrofulo-tuberculeuse. Plus tard, Friedland et Köster, retrouvant dans les lésions dites scrofuleuses le tubercule primitif ou follicule tuberculeux de Charcot, déclarent que la scrofule n'existe pas et que toutes les altérations rapportées à cette diathèse doivent être classées dans les produits tuberculeux. Enfin, Schüppel, ne considérant plus que la cellule géante qui constitue le centre de formation du follicule tuberculeux, et négligeant les cellules épithélioïdes et la zône des cellules embryonnaires, ne tient pas compte de l'é-

volution ultérieure de cet élément cellulaire et tend ainsi à confondre, histologiquement du moins, toutes les diathèses.

M. Grancher attache à la considération de l'*évolution* des éléments histologiques une importance capitale, et pour lui la scrofule est une maladie parfaitement distincte, qui fait place à la diathèse tuberculeuse quand apparaît le *tubercule adulte*, c'est-à-dire la granulation de Laënnec.

On trouve, d'après cet auteur, dans la syphilis, dans la scrofule et dans la tuberculose, trois produits très analogues dans lesquels on rencontre également le tubercule primitif (appelé aussi follicule tuberculeux, tubercule embryonnaire, tubercule élémentaire). Le groupe de follicules tuberculeux, que M. Cornil appelle *îlot strumeux* et Wirchow *tissu de granulation*, constitue ce que M. Grancher nomme *scrofulôme*. Ce produit diffère du tubercule de Laënnec ou tubercule adulte, (qui demeure le représentant anatomique adulte de la lésion tuberculeuse), par l'âge, le degré de développement, par sa caséification plus lente et par sa sclérosification plus facile. Les trois produits élémentaires, qui constituent les *embryômes dystrophiques* de M. Grancher, sont : le syphilôme, le scrofulôme et le tubercule embryonnaire qui correspondent à des degrés d'évolution différents du tubercule primitif. L'embryôme dystrophique existant dans la syphilis tertiaire, dans la scrofule à la période d'état et dans la tuberculose embryonnaire, il s'ensuit qu'à une certaine période, ces trois maladies constitutionnelles offrent le même *masque histologique*. Elles sont distinctes néanmoins, mais la tuberculose

peut se substituer aux deux autres lorsque le follicule tuberculeux poursuit son évolution complète. « Une déchéance de la nutrition ne suffit pas, dit M. Grancher (1), pour faire de la tuberculose et de la scrofule ; il faut, en effet, que la nutrition soit altérée d'une manière spéciale que nous ignorons et qui porte directement sur le système et le tissu lymphatique, c'est-à-dire sur les sources mêmes de la nutrition des éléments anatomiques..... Au contraire, le système lymphatique peut, dans certains cas, subir une déchéance spéciale, et la scrofule, la tuberculose même peuvent en suivre. »

La plupart des accidents de la période dite quaternaire de la scrofule (phthisies bronchique, pulmonaire, pleurale, — phthisie abdominale, — dégénérescences amyloïdes,—scrofule cérébrale) sont pour M. Grancher des effets de la tuberculose.

Ces accidents peuvent d'ailleurs se soustraire à l'ordre chronologique de la classification de Bazin et apparaître primitivement et isolément. Ils constituent alors la *scrofule fixe primitive* de Milcent qui, avec Bazin, admettait dans la tuberculose miliaire aiguë une *scrofulose maligne d'emblée*.

« Presque toutes ces altérations, écrit M. Grancher, ne portent pas le cachet de la scrofule, mais sont de nature tuberculeuse. »

Dans un récent travail, M. le Dr Martin (2) a cherché

(1) Grancher. Article Scrofule, in Dict. encyclop. des sc. médicales, p. 319.

(2) G. Martin. Des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrofulose, in Revue mensuelle, 10 avril 1882.

à préciser les rapports qui existent entre la tuberculose et la scrofulose, en se basant sur la loi suivante qu'il établit par ses expériences : « Le tubercule engendre *seul* le tubercule ; et tout corps étranger non-tuberculeux, *quel qu'il soit*, s'il donne quelquefois des lésions pseudo-tuberculeuses généralisées chez un premier animal, perd *infailliblement* toutes ses propriété de généralisation lorsqu'on a recours à la méthode des *inoculations en séries* ». Mais les conclusions de son travail ne renferment pas encore la solution définitive de la question : « La scrofule, dit-il, telle qu'on la comprend encore aujourd'hui, n'est peut-être pas un type morbide distinct. Certaines de ses manifestations paraissent déjà rentrer dans le cadre de la tuberculose ; mais, lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de quelques-uns des symptômes déjà classiques de cette denière affection, il est bien difficile de pénétrer leur vraie nature. La méthode expérimentale, les inoculations en séries, fourniront alors, et jusqu'à nouvel ordre, les seuls éléments d'un diagnostic indiscutable.

« Lorsque cette méthode aura été appliquée successivement à l'étude des différentes lésions de la scrofulose, on pourra définitivement les rattacher toutes à la tuberculose, ou en attribuer simplement encore quelques-unes à l'influence d'une *constitution lymphatique* dont les découvertes à venir nous feront mieux connaître la nature et les limites encore mal tracées. »

Voici au point de vue clinique, les principaux caractères d'après lesquels la plupart des auteurs reconnaissent la prédisposition scrofuleuse :

La lèvre supérieure est tuméfiée, l'ophthalmie palpébrale est fréquente; la face est généralement pâle et bouffie, le regard abattu et la physionomie offre souvent une expression souffreteuse. Plus rarement le teint est rosé et animé, et dans ces cas la finesse de la peau contribue à donner au visage une apparence spéciale qu'on désigne parfois sous le nom de beauté scrofuleuse. D'autres fois, au contraire, la face est enlaidie par un nez épaté, gros à la pointe, aplati à la racine; les chairs paraissent molles; on remarque un défaut d'harmonie entre les diverses parties du corps par suite des vices de nutrition qui se sont produits pendant la croissance et la colonne vertébrale est assez fréquemment déviée.

La force musculaire est souvent moindre qu'à l'état normal; il y a une tendance marquée à la paresse, à l'apathie et les allures sont nonchalantes. L'intelligence est tantôt vive, tantôt très peu développée. La sensibilité générale semble émoussée. Les phénomènes de puberté présentent souvent une précocité ou un retard anormal. Le sang renfermerait plus de sérum, moins de globules et moins de fibrine qu'à l'état normal.

On a signalé d'ailleurs des caractères tout à fait opposés; certains auteurs admettent deux types principaux, avec Canstatt : un type de scrofule torpide, caractérisée surtout par l'embonpoint, et un type de scrofûle irritative indiqué principalement par l'amaigrissement et l'activité anormale des combustions.

La maladie scrofuleuse débute généralement dès l'enfance. Les principales conditons étiologiques signalées sont : le froid et principalement le froid humide et constant, la privation d'air, de soleil, de mouvement et l'a-

limentation insuffisante. Comme les autres maladies constitutionnelles, celle-ci a été divisée par Bazin en quatre périodes :

La première période comprend : des affections superficielles du système tégumentaire, des affections cutanées généralement peu douloureuses (gourmes, érythème, acné sécrétante); des engorgements ganglionnaires arrondis et des inflammations catarrhales telles que : conjonctivites, coryzas, otorrhée séro-purulente sans carie, blépharophthalmies glandulaires, dacryocystites et tumeurs lacrymales, stomatites, amygdalites, bronchites réitérées avec toux grasse et dyspnée, diarrhées tenaces, glaireuses, muco-purulentes, balanites et vulvites granuleuses. La température est généralement abaissée et la réaction inflammatoire fait ordinairement défaut.

Dans la deuxième période, les lésions tégumentaires sont plus profondes; elles laissent des cicatrices indélébiles; on observe à ce moment le lupus, les bulles de rupia, l'ecthyma, l'impétigo rodens et l'acné atrophique. En même temps existent des leucorrhées avec érosions ulcéreuses du col, des blennorrhées avec engorgement prostatique.

Dans la troisième période, la maladie atteint les articulations et les os. C'est alors qu'on constate les tumeurs blanches, les caries, les abcès froids profonds et migrateurs. Le pus est en général clair, d'odeur aigre et granuleux, on l'a comparé au petit lait. A cette époque aussi se produisent les infiltrations graisseuses des tissus musculaires et osseux.

A la quatrième période se rattachent les affections

parenchymateuses des viscères : dégénérescence amyloïde du foie, des reins, de la rate, etc. ; c'est dans cette période qu'apparaissent les symptômes de tuberculisation dont nous avons parlé précédemment.

Parmi les complications habituelles, Bazin cite la diathèse hémorrhagique, le rachitisme, l'érysipèle et l'arthritis, puis certaines affections du cuir chevelu, telles que le favus et la pelade, pour lesquelles le terrain scrofuleux serait particulièrement favorable.

Sous le nom de *scrofule larvée*, Bazin comprend des méningites et des péritonites tuberculeuses, ou de la tuberculose aiguë généralisée. « La phthisie scrofuleuse, dit M. Grancher (1), se distingue des autres par le terrain scrofuleux sur lequel elle se développe, par la lenteur de sa marche, par l'action plus efficace de certains médicaments, et devra constituer une variété clinique utile à connaître et à classer, mais elle restera toujours la phthisie, c'est-à-dire une affection essentiellement tuberculeuse... La scrofule n'intervient ici que comme une variété de l'espèce tuberculose, elle est un caractère accessoire et non le caractère fondamental qui appartient au tubercule. Il faut donc, à notre avis, admettre qu'*au moment où le tubercule adulte apparaît, la scrofule s'efface pour faire place à la tuberculose.* »

B. DES BRONCHITES SIGNALÉES CHEZ LES SCROFULEUX.

La fréquence des bronchites chez les sujets lymphatiques et scrofuleux a été signalée depuis longtemps :

(1) Grancher. Art. Scrofule, in Dictionnaire encyclopédique des sc. méd., p. 338.

« suivant un grand nombre de médecins, disent les auteurs du Compendium (1), certaines constitutions physiques du corps de l'homme peuvent le prédisposer aux atteintes de la bronchite. Les sujets faibles, mous, lymphatiques, chez lesquels les actes de la réaction sont peu énergiques, qui, d'ailleurs, par leur délicatesse, s'environnent de nombreuses précautions pour se soustraire aux influences nuisibles que font naître les changements brusques de l'atmosphère, sont précisément les individus qui subissent le plus communément les atteintes de la bronchite. »

Bazin compte parmi les manifestations de la scrofule, les bronchites qui correspondent aux engorgements ganglionnaires et au développement des scrofulides bénignes, cutanées et muqueuses de la première période.

Le catarrhe chez les sujets lymphatiques nous semble nettement indiqué par Rilliet et Barthez (2). « La prédisposition catarrhale, disent-ils, se reconnaît à la mollesse et à l'exubérance des chairs qui sont bouffies et comme abreuvées de liquide, à la pâleur de la face, à l'abondance de la transpiration, à la facilité avec laquelle se produisent les écoulements et les flux de toute espèce. Les enfants prédisposés au catarrhe ont donc tous les attributs du tempérament lymphatique. Ils ont d'ordinaire les cheveux blonds, les yeux bleus, les cils longs et recourbés, etc. La prédisposition catarrhale est quelquefois héréditaire ; c'est ainsi que l'on voit la laryngite spasmodique atteindre tous les enfants d'une même famille et les parents qui ont été sujets dans leur enfance

(2) Compendium de méd. Art. Bronchites, p. 653.
(3) Rilliet et Barthez. Maladies des enfants, t. I, p. 83.

aux maladies catarrhales les retrouver et les reconnaître chez leurs enfants. »

Mais tandis que M. Pidoux estime que le lymphatisme ressaisit bon nombre d'adultes sous forme de bronchites chroniques et tandis que Bazin considère le catarrhe comme « la traduction sur les muqueuses d'un état morbide constitutionnel », M. Hayem pense que la scrofule ne constitue qu'une condition prédisposante et qu'on ne peut guère admettre de bronchite réellement symptomatique de cette maladie constitutionnelle.

Les altérations de la scrofulose viscérale, dit M. le professeur Jaccoud (1), « n'ont rien de spécifique par elles-mêmes ; elles ne démontrent point la scrofule, elles ne tirent cette signification que des conditions antérieures de l'individu, c'est-à-dire que ces lésions ne doivent être dites scrofuleuses que lorsqu'elles prennent naissance chez un malade qui a présenté des manifestations positives de scrofule superficielle, muqueuse ou osseuse. Les altérations viscérales de la scrofule sont la *bronchite* et la pneumonie caséeuse, la dégénérescence amyloïde des reins et du foie et la dégénération caséeuse des capsules surrénales. »

L'adénopathie des scrofuleux peut déterminer chez ces sujets des bronchites particulières ; mais cette adénopathie elle-même peut se développer sous l'influence d'une bronchite accidentelle ou symptomatique. « A l'instar de ce qui s'observe pour le tégument externe, écrit M. Schœffel (2), la maladie pourra n'avoir fait qu'effleurer l'épithélium pulmonaire ; elle se sera accu-

(1) Jaccoud. Pathologie interne, t. II, p. 1083.

(2) Schaffel. Traité d'anatomie pathologique générale, t. IV, p. 643.

mulée en quelque sorte, à l'autre bout, dans les ganglions bronchiques. » M. Barėty (1), après avoir cité l'opinion de cet auteur au sujet du retentissement des affections broncho-pulmonaires sur les ganglions bronchiques, ajoute : « Quelque valeur que puisse avoir cette théorie dans quelques-uns de ses détails, le fait n'en reste pas moins exact. Il ne nous répugne, d'ailleurs, nullement d'admettre l'existence d'affections pulmonaires préalables disparues, et ayant laissé dans les seuls ganglions trachéo-bronchiques les traces de leur existence. Nous avons pu nous en convaincre par l'observation clinique et anatomo-pathologique de certains faits (adénopathie trachéo-bronchique simple ou tuberculeuse consécutive à la broncho-pneumonie, aux catarrhes bronchiques de la rougeole, de la coqueluche, etc.).

« Aussi, dit-il plus loin (2), chez les enfants et les jeunes gens scrofuleux particulièrement, faut-il veiller à empêcher la production et le développement de toute affection pulmonaire et la combattre énergiquement. »

Nous rapportons à la fin de ce travail une observation recueillie par M. Baréty, dans laquelle la bronchite est survenue consécutivement à l'adénopathie chez un sujet scrofuleux.

En résumé, nous voyons que, en dehors de toute tuberculose, la plupart des auteurs s'accordent à signaler la prédisposition aux bronchites chez les sujets scrofuleux.

(1) Baréty. De l'adénopathie trachéo-bronchique, p. 148.
(2) Baréty. Loc. cit., p. 155.

Caractères des bronchites observées chez les scrofuleux.

Recherchons maintenant les caractères qui ont été signalés à propos de ces bronchites.

« Chez les scrofuleux, dont le système muqueux est habituellement et passivement congestionné, dit M. Barth (1), la bronchite est remarquable par ses *répétitions fréquentes*, ses faciles *recrudescences* et sa *tendance à se prolonger à l'état chronique.* »

Ces caractères qui distinguent les bronchites obserservées chez les scrofuleux des bronchites vulgaires affectant des sujets indemnes de tout vice constitutionnel ne suffiraient pas à les différencier de celles qui ont été signalées chez les arthritiques et les herpétiques. Mais les auteurs mentionnent souvent des caractères locaux et généraux, qui, sans offrir rien de spécifique, permettent néanmoins dans bien des cas d'établir une relation entre ces bronchites et la maladie scrofuleuse.

« Le catarrhe scrofuleux des bronches, dit Bazin (2), débute comme la bronchite vulgaire, par une titillation laryngée suivie de toux, d'enrouement avec dyspnée plus ou moins forte ou bien par le coryza qui ne tarde pas à se propager des fosses nasales à la muqueuse gutturo-bronchique. Ce début du catarrhe est accompagné souvent de malaise, de céphalalgie susorbitaire, d'inappétence et d'un mouvement fébrile. *La période irritative est de courte durée; en peu de jours l'expectoration*

(1) Barth. Art. Bronchites, in Dict. des sc. méd., p. 737.
(2) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 459.

devient muqueuse et puriforme; il y a souvent de l'oppression et même de la suffocation surtout chez les enfants. *La fièvre est nulle ou existe à peine*. La durée de cette affection est le plus souvent assez longue; ses retours sont fréquents et ordinairement provoqués par le froid humide. »

Ces bronchites diffèrent donc des bronchites vulgaires, survenues sous l'influence de la même cause, par le défaut de réaction générale, par la durée de l'affection et par l'aspect rapidement puriforme des crachats. Tandis que le catarrhe simple sporadique parcourt régulièrement toutes ses périodes en quelques jours, tandis que le catarrhe épidémique de la grippe s'accompagne du brisement des forces, on n'observe rien de semblable dans le catarrhe scrofuleux. Celui-ci, dit Bazin, « se caractérise après deux ou trois jours par une expectoration abondante de mucosités avec oppression, *suffocation intermittente*, *état apyrétique*, conservation de l'appétit, marche lente, et longue durée de l'affection. »

Ce catarrhe, qui guérit fréquemment malgré l'étendue des lésions, s'observe surtout chez les enfants, et quelquefois chez les vieillards, principalement chez ceux qui habitent des lieux froids et humides. « C'est aussi par sa marche, par sa tendance à la répétition, à la chronicité, dit M. Cadet de Gassicourt, que se distingue la bronchite développée chez les enfants scrofuleux; elle y revêt volontiers une allure lente et comme engourdie, remarquable à la fois par sa douceur apparente et par sa ténacité. L'inflammation bronchique suit la même marche que la phlegmasie de toutes les autres muqueu-

ses : elle est torpide, et la cause qui l'empêche de s'éteindre est aussi celle qui tend sans cesse à la réveiller. »

Cette bronchite, généralement chronique d'emblée, reprend parfois la forme aiguë, et peut alterner avec diverses manifestations cutanées.

Les lésions, d'après Bazin, sont les suivantes : vascularité de la muqueuse laryngo-trachéale et bronchique, qui est rouge, épaissie, mamelonnée, ulcérée, enduite d'un mucus puriforme ; — les tuyaux bronchiques sont alternativement rétrécis et dilatés. Les ganglions bronchiques sont rouges, hypertrophiés, ramollis, quelquefois infiltrés de tubercules.

Dans un récent travail sur le traitement des bronchites constitutionnelles par les Eaux sulfureuses, M. Sénac-Lagrange (1) insiste sur le rôle de *l'atonie* dans la modalité des affections bronchiques qui s'observent chez les scrofuleux. C'est à cette atonie qu'il rapporte le défaut de réaction générale, l'hypercrinie bronchique, l'expectoration généralement jaune ou verdâtre. C'est à elle encore qu'il rattache les palpitations et l'hémoptysie qu'il a observée plusieurs fois en dehors de toute tuberculose, et qui disparaît sous l'influence du traitement sulfureux.

Plus loin, en parlant des caractères de la respiration, l'auteur signale la respiration rude, suspirieuse, irrégulière, qui s'accompagne de râles et simule parfois, en s'exagérant, un souffle caverneux. Ces signes se modifient rapidement sous l'influence du traitement, pour

(1) Sénac-Lagrange, Annales de la Soc. d'hydrol. méd. t. XXVI, p. 132 et suiv.

ne laisser en fin de compte que la respiration bronchique qui persiste plus longtemps.

« Quant à la respiration bronchique, dit-il, qui est la vraie respiration normale du bronchitique lympho-scrofuleux, elle s'uniformise par le traitement, nous voulons dire perd ses caractères de rudesse, de force, pour s'égaliser. D'autres fois, elle exagère ces caractères, ou, pour rester dans l'ordre des faits, tels que la clinique nous les dévoile, là où n'existait que du souffle bronchique même normal, il apparaît, après un certain temps de traitement, un souffle plus localisé, retentissant sous l'oreille, et qu'à son accompagnement de râles humides, on pourrait prendre pour un souffle caverneux, à la matité près. C'est ce que nous avons observé chez une jeune fille, qui, une première année, présentait, dans la région interscapulaire, à droite, le long de la gouttière vertébrale, un souffle retentissant, presque caverneux, avec des râles humides.

« Une seconde année, ces signes n'apparaissent que dans la toux, et atténués........

« ...... Or, le souffle bronchique superficiel et retentissant, qu'accompagne une densité normale, ou à peine modifiée, du département pulmonaire auquel il correspond, ne peut traduire qu'une lésion, la *dilatation bronchique*. Respiration dure, respiration suspirieuse, respiration bronchique, ne feraient alors que traduire des états anatomiques intermédiaires et divers, qui aboutissent à une dilatation plus complète, dont le retour à l'état normal serait d'autant plus facile que la lésion est moins avancée. Le terme *lésion*, dans ces cas, ne peut être employé qu'avec une réserve particulière. Il

doit plus s'entendre du fait de la dilatation, de *l'atonie* des éléments qui entrent dans la constitution de la paroi dilatée que de l'altération de ces éléments. La médication sulfureuse, en corrigeant, en combattant cette atonie, et lui substituant un état inverse, ramènerait l'état normal par un phénomène de retrait actif. A ce terme de *retrait actif*, nous nous sentons obligés d'opposer celui de *cicatrisation* qui correspondrait, lui, à l'altération, c'est-à-dire à la lésion des éléments.

« Devant ce fait clinique, qui traduit si bien l'action vitale, force est de généraliser et d'accepter *l'atonie* comme l'élément premier de la lympho-scrofule. »

La bronchopneumonie a été signalée aussi chez les sujets scrofuleux, chez les enfants notamment. Elle s'accompagne généralement de peu de phénomènes réactionnels et ressemble à la plupart des bronchopneumonies cachectiques. Les scrofuleux, surtout ceux qui sont épuisés par de longues suppurations osseuses, succombent quelquefois à une bronchopneumonie cachectique. « Rarement alors, écrit M. Roger (1), les petits malades vivent assez longtemps pour que la maladie parcourre ses phases : à peine observe-t-on quelques symptômes indicateurs d'une fluxion sanguine du parenchyme (toux et dyspnée fébrile) et la mort est promptement le terme de la complication. D'autres fois, la bronchopneumonie marche avec plus de lenteur, et elle peut même passer à l'état chronique. »

La bronchopneumonie chronique se trouve mentionnée, également chez les scrofuleux, dans la thèse de

(1) Roger. Art. Bronchopneumonie, in Dict. encyclopédique, p. 56.

M. Joffroy (1) : « Elle succède tantôt à une affection aiguë, dit-il, tantôt elle survient dans le cours d'une maladie chronique ; et c'est surtout alors que, presque d'emblée, elle affecterait une marche chronique. Elle est plus fréquente chez l'adulte ; on peut aussi l'observer chez les enfants scrofuleux ou rachitiques, et alors elle débute par une première phase où la maladie est subaiguë ; seulement les signes généraux de dépérissement sont moins accusés, la fièvre s'atténue et disparaît en laissant le malade dans des conditions habituelles aux individus atteints de bronchite chronique avec dilatation des bronches.

En effet, la dyspnée persiste et s'accroît surtout sous l'influence de la marche, des ascensions, des efforts ; elle s'accompagne d'une toux fréquente, parfois quinteuse, ne différant pas, du reste, de ce qu'elle est dans la majorité des cas d'ectasie bronchique. Elle est fréquemment suivie, surtout le matin, d'une expectoration abondante muco-purulente et souvent fétide. On observe fréquemment des hémoptysies, fait important à connaître pour ne pas en tirer des conclusions erronées et ne pas y voir un signe de tuberculose. »

L'état général peut être assez satisfaisant, et l'embonpoint suffisant pour contraster d'une manière significative avec les symptômes thoraciques.

En général, dans les bronchites qu'on observe chez les scrofuleux, la dyspnée ne joue pas un rôle aussi important, à beaucoup près, que dans les bronchites

(2) Joffroy. Des différentes formes de la bronchopneumonie. Th. agrég. Paris, 1880, p. 202.

étudiées précédemment. Elle semble plus directement dépendre de l'abondance de la sécrétion catarrhale. Quant à l'asthme vrai, il paraît rare chez les scrofuleux, et il y revêt une forme catarrhale plus accentuée ; chez les scrofuleux, dit M. Parrot (1), l'asthme est plus humide, l'élément catarrhal y est beaucoup plus prononcé. »

Il est des cas cependant, où la dyspnée peut revêtir la forme asthmatique ou se présenter avec des caractères particuliers qui s'imposent à l'observation. C'est alors qu'il existe un élément nouveau dont la bronchite peut être la cause déterminante ou qui peut inversement devenir l'origine d'une bronchite ; nous voulons parler de l'engorgement des ganglions bronchiques.

Non seulement les ganglions hypertrophiés exerçent sur les canaux bronchiques une compression qui déforme ces conduits, les aplatit, et produit des rétrécissements et des dilatations en amont de l'obstacle, parfois même la luxation des cartilages, mais en outre ils contractent avec les bronches des adhérences qui intéressent une portion plus ou moins grande de l'épaisseur des parois. « Ces adhérences, résultat de l'inflammation ganglionnaire et périganglionnaire, dit M. Barety (2), peuvent unir au ganglion malade non seulement la membrane fibreuse, mais encore les cartilages et la muqueuse des canaux aériens. Dans ces conditions toute la portion de leurs parois, en rapport direct avec le ganglion dégénéré, a été le siège d'une inflammation par propagation, dont la trace persiste. » Les anneaux tendent à s'ossi-

(1) Parrot. Art. Asthme, in Dict. des sc. méd.

(2) Barety. De l'adenopathie trachéo-bronchique, th. 1874, p. 117

fier; la muqueuse, injectée ou déprimée, présente parfois des taches bleuâtres qui, suivant M. Liouville précèdent l'érosion, et que M. Barély attribue au pigment des ganglions.

L'ulcération des bronches se fait généralement de dehors en dedans; dans certains cas elle communique avec une cavernule ganglionnaire dont la paroi suppure et dont le contenu se déverse dans les bronches sous la forme d'une matière puriforme ou de blocs caséeux.

Dans ces cas, les symptômes locaux, qu'on doit rechercher surtout au niveau des régions sternale supérieure droite et interscapulaire, sont les suivants : palpation douloureuse, augmentation des vibrations, tonalité plus haute, matité, retentissement de la voix et de la toux, expiration bronchique prolongée, pouvant devenir soufflante ou amphorique par suite de l'exagération de la sonorité due à la présence des ganglions qui forment un milieu plus conducteur. — Les symptômes produits par l'action des ganglions hypertrophiés sur les organes voisins, sont : les voussures de la paroi thoracique, la gêne de la respiration causée par les mucosités bronchiques, l'asthme déterminé par une compression nerveuse, l'inspiration sifflante et le cornage notamment après les efforts, même le tirage. On entend de gros râles bruyants, plus intenses que les râles sibilants et ronflants; le murmure vésiculaire est diminué dans la région correspondante, et l'on constate parfois des signes de cavernes à la racine des bronches avec une expectoration de matières ganglionnaires plus ou moins liquéfiées. La toux est rauque, coqueluchoïde, l'expectoration abondante, et des vomissements peu-

vent accompagner les quintes de toux. On peut observer enfin la paralysie glottique ou la dilatation pupillaire du côté de l'altération ganglionnaire.

Lorsque l'engorgement de ces ganglions ne se résout pas, la mort peut avoir lieu par asphyxie lente ou rapide, par syncope due à la compression du pneumogastrique, par hémoptysie foudroyante, par hémorrhagie méningée, ou par pyopneumothorax.

Quant aux bronchites catarrhales qu'on observe chez les scrofuleux, et qui ne s'accompagnent pas d'adénopathie, lorsqu'elles ne guérissent pas, elles peuvent se terminer, comme les bronchites chroniques avec dilatation, par l'hecticité, ou par l'éclosion de la diathèse tuberculeuse.

Après avoir parlé des lésion des muqueuses qui se continuent avec le tégument externe, M. le professeur Jaccoud (1), écrivait dans la dernière édition de son traité de pathologie : » Des muqueuses plus profondes sont également atteintes ; celle du pharynx, des *bronches*, de l'intestin, sont celles qui sont le plus fréquemment prises, la muqueuse génito-urinaire l'est un peu moins souvent. Dans tous ces cas, l'altération débute par une *inflammation catarrhale tenace* qui présente, dans certaines régions, notamment dans le pharynx et les bronches, une tendance marquée à la destruction ulcérative du tissu. De là, dans les fosses nasales et le pharynx, des ulcérations fort difficiles à distinguer des ulcères syphilitiques ; de là, pour le catarrhe bronchique, un danger tout spécial : le proces-

(1) Jaccoud. Traité de pathologie interne, 6e édit., 1879, p. 1083.

sus, superficiel d'abord, gagne en profondeur, atteint les lobules du poumon, et y provoque une inflammation ulcéreuse qui, en l'absence de tuberculose véritable, produit tous les phénomènes et expose à tous les périls de la phthisie pulmonaire. En ce sens, on ne peut douter de l'existense d'une *phthisie scrofuleuse*, mais ce n'est point un motif suffisant pour admettre une *tuberculose scrofuleuse*. »

Aujourd'hui on n'admet plus en France, cette forme de phthisie pulmonaire sans tuberculose. Sans voir avec Bazin, dans les tubercules une manifestation proprement dite de la scrofule, et sans admettre avec Morton, que « les scrofuleux puissent conserver dans le poumon, pendant toute leur vie, des tubercules à l'état latent», nous pensons, que la scrofule aboutit souvent à la tuberculose et que les bronchites catarrhales qu'on observe chez les scrofuleux favorisent la formation des produits tuberculeux et déterminent l'éclosion de la diathèse tuberculeuse.

Eléments de diagnostic.

Nous avons vu signalées chez les sujets scrofuleux, en dehors des bronchites purement accidentelles qui ne présentent aucun caractère particulier, des bronchites aiguës, fréquentes dès l'enfance et dans l'adolescence, sujettes à répétition et tendant à se prolonger à l'état subaigu ou chronique. Si nous cherchons à résumer les principaux caractères assignés par les auteurs aux bronchites qu'on observe chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, nous remarquerons : la courte durée de la période irritative, l'aspect rapidement muqueux et puriforme de l'expec-

toration, le peu d'intensité des phénomènes fébriles et dyspnéiques contrastant avec le rôle important de ces symptômes dans les bronchites étudiées précédemment. La durée est généralement longue et la marche lente. Tandis que chez les herpétiques la bronchite récidive ou s'exaspère parfois sous l'influence des causes morales, et tandis que chez les arthritiques elle est influencée principalement par les variations brusques de la température ou de la pression barométrique et par les écarts de régime, chez les scrofuleux l'affection des bronches semble plutôt sous la dépendance du froid humide et prolongé.

Quant aux bronchites chroniques, qui peuvent succéder aux bronchites aiguës ou subaiguës, ou affecter la forme chronique d'emblée, elles sont remarquables par leur persistance, par leur résistance aux traitements ordinaires, et leur caractère apyrétique. Elles diffèrent des bronchites signalées chez les arthritiques et chez les herpétiques par l'abondance de l'expectoration qui est généralement jaunâtre, verdâtre, puriforme. Les phénomènes nerveux sont d'ordinaire très peu accentués; la dyspnée n'offre pas l'intensité et la soudaineté qu'on constate dans les bronchites étudiées dans les chapitres précédents; on n'observe pas non plus d'exacerbations et de recrudescences aussi brusques; les phénomènes stéthoscopiques n'offrent pas une mobilité comparable à celle qu'ils présentent chez les arthritiques. Les altérations, plus fixes, plus étendues plus profondes, s'accompagnent d'une hypersécrétion constante; l'existence des rétrécissement et des dilatations donne lieu à une respiration bronchique, et la présence de mucosités abon-

dantes dans les canaux dilatés peut simuler, à la matité près, les phénomènes cavitaires et offrir à l'auscultation des souffles amphoriques, de la pectoriloquie et du gargouillement. Si ces altérations, sous l'influence d'un traitement tonique, peuvent s'effacer, les phénomènes précités disparaissent. Mais lorsque la lésion existe à l'état permanent, ces symptômes s'établissent à demeure. Dans ces cas, la localisation des signes stéthoscopiques et l'époque relativement tardive à laquelle apparaissent les phénomènes d'hecticité, permettront souvent d'écarter l'idée de tuberculose. — Pourtant lorsque la tuberculose vient se greffer sur ce terrain scrofuleux, le diagnostic peut demeurer longtemps incertain ; M. Sénac-Lagrange et M. Joffroy signalent chez les scrofuleux des hémoptysies survenant dans le cours des bronchites ou des broncho-pneumonies chroniques, en dehors de toute tuberculose. En outre, un grand nombre d'auteurs, tels que M. Pidoux, et M. Danjoy, insistent sur le défaut de phénomènes réactionnels qui caractérise habituellement la tuberculose développée chez un sujet scrofuleux. C'est là une terminaison fréquente des bronchites chroniques qu'on observe chez ces sujets ; la *torpidité* même de la phthisie constitue dans ces cas un élément de diagnostic important parce qu'il indique souvent le terrain constitutionnel sur lequel évolue la tuberculose.

Enfin, s'il existe un engorgement des ganglions bronchiques, les phénomènes de compression nerveuse et vasculaire donneront lieu à des symptômes propres très différents, en général, des signes de la bronchite simple qu'on observe chez les scrofuleux. Si l'engorge-

ment ganglionnaire survient dans le cours d'une bronchite déjà établie chez un scrofuleux, on verra se modifier les caractères de la dyspnée, de l'expectoration et des symptômes d'auscultation et de percussion, et l'on verra apparaître les symptômes divers que nous avons signalés en parlant de l'adénopathie. Si la bronchite est consécutive à l'engorgement ganglionnaire, elle n'aura en général qu'un rôle secondaire et le point important dans le diagnostic consistera à reconnaître si l'on a affaire à une tuberculose pulmonaire ou bien à une adénopathie simple ou tuberculeuse ; on aura alors à tenir compte de la localisation des symptômes propres dans les points d'élection, de la eoexistence des ganglions extra-thoraciques, de la constitution et de l'âge du sujet, de la marche des lésions, de l'expeetoration de blocs easéeux renfermant ou non des débris de ganglions dégénérés ou tuberculeux, et de l'apparition des divers phénomènes relatifs à la eompression des organes vaseulaires et nerveux par les ganglions tuméfiés; enfin M. Baréty insiste sur ce fait, que la matité va en augmentant depuis le sternum ou le rachis jusqu'au moignon de l'épaule quand les ganglions sont peu développés ehez les tubereuleux.

Nous avons suffisamment indiqué les principaux caractères assignés par les auteurs à la maladie scrofuleuse pour n'avoir pas à insister ici sur les caractères tirés des circonstances au milieu desquelles la bronehite se développe. Ils indiquent seulement la nature du terrain sur lequel l'affection des bronches vient évoluer. D'ailleurs on ne signale pas chez les serofuleux des phénomènes d'alternanee ou de balaneement aussi

accusés entre la bronchite et les déterminations tégumentaires ou viscérales de la scrofule.

Nous rappellerons seulement ici que l'angine scrofuleuse est caractérisée par une sécrétion abondante, purulente qui tapisse une muqueuse décolorée, ramollie et flasque, sur laquelle on observe des glandules très hypertrophiées, et par un défaut presque absolu de douleur ou de démangeaison.

Nous n'avons pas à trancher ici la question de savoir si ces bronchites sont simplement influencées dans leur marche par l'existence de la maladie constitutionnelle, ou si on doit les considérer comme des manifestations proprement dites de la scrofule. Nous rappellerons seulement que certains auteurs ont admis, à côté des bronchites accidentelles, des bronchites de nature scrofuleuse : « Le rhume occasionné par l'action du froid humide chez les scrofuleux, dit Bazin (1), pourra se comporter chez eux comme chez les sujets sains ou non scrofuleux, parcourir dans le même temps toutes ses périodes, et dès lors ce ne sera plus qu'un simple catarrhe ; mais s'il se prolonge indéfiniment, s'il s'accompagne d'une expectoration muqueuse abondante ; si, malgré sa généralisation et la dyspnée qu'il occasionne, il n'est suivi que de phénomènes réactionnels très légers, ce ne sera plus une simple bronchite, *mais une bronchite scrofuleuse.* »

Valeur pronostique.

Pour tenir compte des bronchites qu'on peut observer chez les scrofuleux, nous rappellerons que si, malgré

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 459.

l'étendue de l'altération bronchique, l'affection est souvent susceptible de guérison, la diathèse tuberculeuse peut être l'aboutissant de la scrofule, et que la bronchite peut être la cause déterminante de l'éclosion des tubercules de l'appareil respiratoire. En outre, indépendamment de toute tuberculose, la dilatation et le rétrécissement des bronches établis d'une manière permanente, conduisent également à la cachexie hectique, bien que d'une manière généralement plus lente. Enfin la bronchite, chez les sujets scrofuleux, peut devenir le point de départ d'une adénopathie dont le pronostic est, par lui-même, toujours sérieux, ou bien elle peut survenir alors qu'existait déjà un engorgement ganglionnaire et constituer une suite ou une complication assez grave pour causer la mort du malade.

CONCLUSION.

Nous voyons, en résumé, qu'on peut observer chez les scrofuleux, en dehors des bronchites vulgaires qui ne paraissent pas influencées par la madie constitutionnelle :

1° *Des bronchites aiguës ou subaiguës*, remarquables en général par le peu d'intensité des phénomènes réactionnels, par la courte durée de la période irritative, par le caractère rapidement muqueux et puriforme des crachats, par leurs récidives, apparaissant principalement sous l'influence du froid humide, et par leur tendance à passer à l'état chronique.

2° *Des bronchites chroniques* d'emblée ou succédant à une affection aiguë et se manifestant souvent dès l'enfance, caractérisées habituellement par le peu d'inten-

sité relative des phénomènes dyspnéiques et nerveux, par une expectoration généralement abondante, jaunâtre, verdâtre, puriforme, par leur ténacité et leur résistance aux traitements ordinaires, susceptibles de guérison sous l'influence d'une médication appropriée à l'état constitutionnel, ou s'accompagnant de rétrécissements et de dilatations bronchiques permanentes, et pouvant, exceptionnellement, se compliquer d'hémoptysie indépendamment de toute tuberculose.

3° *Des bronchites consécutives* à une adénopathie scrofuleuse ou coïncidant avec elle, et dont les symptômes, la marche, la terminaison varient suivant l'évolution diverse de l'engorgement ganglionnaire.

4° Enfin des *bronchites particulières*, qui peuvent faire suite à l'une quelconque des bronchites signalées chez les scrofuleux, mais qui sont sous la dépendance directe de la diathèse tuberculeuse, éclose sur un terrain scrofuleux.

Toutes ces formes de bronchite, y compris la dernière sur laquelle nous n'avons pas à insister ici, présentent un caractère commun, que M. Sénac-Lagrange exprime par la qualification d'*atoniques*. Elles nous paraissent, en effet, différer essentiellement de celles qu'on observe chez les arthritiques et chez les herpétiques, qui sont caractérisées par l'importance des phénomènes congestifs et spasmodiques; nous opposerions volontiers ce groupe de bronchites caractérisé par la *torpidité*, au groupe des bronchites *éréthiques* des arthritiques et des herpétiques.

Dans les cas où la scrofule coexiste avec l'une ou l'autre des deux maladies constitutionnelles, arthritique ou herpétique, la première exerce généralement son influence sur l'appareil bronchique, et la seconde porte ses manifestations sur d'autres systèmes. « Tel était, dit M. Sénac-Lagrange (1), le cas de Mlle X..., 22 ans, lymphatique. Depuis un an, elle était atteinte de laryngo-bronchite, avec expectoration jaune homogène ; la voix était rauque ; partout, dans les bronches, on entendait des sibilances. En même temps, l'arthritisme se manifestait en douleurs musculaires rhumatoïdes, prurit vulvaire, etc.

« Nous pourrions, ajoute l'auteur, multiplier ces faits, dont nous tirons cette conclusion : qu'arthritisme et lymphatisme ont des manifestations qui marchent parallèlement, mais ne se combinent pas en manifestations *hybrides* dépendantes les unes des autres. C'est ce fait que Bordeu traduisait en cette formule : *L'espèce est immuable comme les divers poisons, et comme les plantes et leurs semences.* »

Les cas dans lesquels la scrofule, d'une part, et l'herpétisme ou l'arthritisme, d'autre part, influencent tous deux le même organe, sont beaucoup plus rares. M. Sénac-Lagrange en cite cependant un exemple : « Ces influences *doubles*, écrit-il, peuvent se porter sur l'organe bronchique, mais elles s'isolent et ne se mêlent point. Ainsi M. N..., 47 ans, gros, fort, à teint mat, présente l'habitus extérieur du lymphatisme. Depuis quelques mois, il est affecté de catarrhe bronchique,

(1) Sénac-Lagrange. Annales de la Soc. d'hydrol. méd., t. XXVI, p. 134.

avec expectoration jaune abondante. Il a eu de l'eczéma, et des poussées hémorrhoïdaires. Une transition atmosphérique, provoquée par un orage, suffit pour amener des sibilances soudaines, qui disparaissent quelques heures après, spontanément. Le traitement lui-même provoque de temps à autre quelques sifflements laryngiens, avec phénomènes de spasme, et en même temps une très forte congestion hémorrhoïdaire. Et ce, malgré, le catarrhe continue d'évoluer commme tout catarrhe lymphatique. »

Quoi qu'il en soit, l'opinion émise par M. Sénac-Lagrange exigerait encore, à notre avis, la sanction d'un nombre de faits plus considérable, et il serait à désirer que les observateurs qui, dans leur clientèle privée, peuvent recueillir des renseignements assez nets sur les antécédents des malades et de leurs familles, fixent leur attention de ce côté et rassemblent à ce point de vue des observations précises.

CHAPITRE QUATRIÈME.

Syphilis.

A. Exposé des caractères de la syphilis.

Des quatre maladies constitutionnelles, admises par Bazin, la syphilis est celle qui paraît aujourd'hui la mieux délimitée et celle dont l'interprétation soulève le moins de divergences. Elle offre, en effet, une étiologie plus nette, une marche plus régulière, et des caractères plus déterminés.

Quelques auteurs, se fondant sur les descriptions plus ou moins vagues des anciens ou sur de simples règlements de police, font remonter l'origine de la syphilis à la plus haute antiquité. Mais ce ne n'est guère qu'à la fin du xve siècle que les médecins ont laissé des documents précis, à la suite d'épidémies diffuses. Parmi eux, Frascator, Jean de Vigo, qui décrivirent les syphilides, admettaient une contagion à distance. Fernel, en 1545, établit la transmission de cette maladie par contact direct. Déjà, en 1519, Ulrich de Hutten esquissait les premiers linéaments de la syphilis viscérale en rattachant à la vérole certaines paralysies. A la fin du xvie siècle, Fallope, puis Thierry de Héry insistent sur la coloration et l'induration de certains ulcères vénériens. Au milieu du siècle suivant, on rattache à l'exem-

ple de Fabre les accidents les plus divers à la syphilis. Cette période d'exagération dura jusqu'à l'époque où Hunter établit la spécificité du chancre, et étudia la contagion des accidents secondaires. Ce fut B. Bell qui, le premier, sépara la syphilis de la blennorrhagie, au commencement de ce siècle. Avec Broussais, l'école physiologiste chercha en vain à rejeter la spécificité de la syphilis. Ricord faisait reposer le diagnostic de cette maladie sur l'auto inoculation du pus chancreux ; ce fut Bassereau qui distingua du chancre induré le chancre simple, non suivi d'accidents constitutionnels. Bien que les anciens aient déjà rattaché quelques troubles viscéraux à cette maladie constitutionnelle, l'histoire de la syphilis viscérale est toute moderne.

Bazin (1) définit la syphilis : une maladie constitutionnelle contagieuse, inoculable, essentiellement héréditaire, continue ou intermittente, d'une durée ordinairement fort longue, marchant de la périphérie vers le centre, de la peau vers les viscères, et se traduisant par des affections résolutives d'une part, ulcéreuses de l'autre, et sur tous les systèmes anatomiques par deux produits morbides : la gomme et l'élément fibro-plastique.

Cette définition pourrait être acceptée dans tous ses points si l'énoncé relatif à la marche de la maladie était absolument exact. C'est une opinion généralement acceptée que la syphilis attaque d'abord le système tégumentaire (le plus superficiel) pour se fixer, dans ses périodes ultérieures, sur les viscères. M. le professeur

(1) Bazin. Leçons sur la syphilis, 1866.

Fournier s'est attaché à combattre cette opinion et à montrer que la syphilis dans sa période secondaire est tout aussi profonde, tout aussi viscérale que dans la période tertiaire. On admet généralement aujourd'hui trois périodes dans la marche de l'affection. Bazin admettait quatre périodes, mais les deux dernières n'en font qu'une pour les auteurs modernes.

La *première periode* est signalée par l'apparition du *chancre* et finit à l'arrivée des éruptions cutanées. Elle est caractérisée par le développement d'un chancre induré au point qui a subi la contagion. L'accident primitif est lui-même précédé d'un temps d'incubation variable, dont la durée moyenne est d'une trentaine de jours. Le chancre s'accompagne d'une adénopathie qui siège dans les ganglions auxquels aboutissent les vaisseaux lymphatiques du territoire infecté. Ce *bubon* syphilitique est généralement composé de ganglions multiples tuméfiés, durs, indolents, et se caractérise par l'absence de phlegmasie et par sa résolution spontanée. Une lymphangite chancreuse est le trait d'union qui relie le chancre au bubon.

La *deuxième période ou période secondaire*, dit M. le professeur Fournier (1), « est constituée par l'ensemble des accidents qui succèdent au chancre à courte échéance (c'est-à-dire dans le cours des premiers mois, de la première, de la deuxième, au plus de la troisième année) et qui ont pour caractère habituel de n'intéresser les tissus que d'une façon superficielle et relativement bénigne. »

(1) Fournier. Leçons sur la syphilis, 2e édition, 1881.

On trouve dans cette période des accidents locaux et généraux.

Les accidents locaux sont, en première ligne, les syphilides cutanées et muqueuses. Les éruptions cutanées sont : des syphilides érythémateuses (roséole simple, ortiée ou circinée); des syphilides papuleuses (papulo-squameuses, papulo-croûteuses, papulo-érosives) ; des syphilides vésiculeuses ; des syphilides pustulo-crustacées (acnéiformes, impétigineuses, ecthymateuses ; des syphilides bulleuses (pemphigus et rupia) ; des syphilides pigmentaires.

Les syphilides muqueuses sont toutes humides, essentiellement contagieuses, non auto-inoculables. Voici la classification qu'en donne M. le professeur Fournier : syphilides érosives, papulo-érosives, papulo-hypertrophiques, enfin ulcéreuses. Les trois premières correspondent à la dénomination générale de plaques muqueuses.

On observe ensuite des localisations sur diverses régions; nous citerons: l'onyxis et le périonyxis, l'alopécie, des adénopathies secondaires froides, le plus souvent symptomatiques; des affections des organes des sens, telles que l'iritis, la kératite, la choroïdite et la névrite optique. Sur l'appareil locomoteur, on observe la myosalgie, la contracture, l'affaiblissement et le tremblement musculaire; des périostites accompagnées de douleurs spéciales, des céphalées, des pleurodynies, des synovites secondaires et des arthralgies.

L'appareil respiratoire est celui que la syphilis laisse le plus souvent indemne. Les lésions laryngées sont cependant plus fréquentes encore que ne le feraient

supposer les troubles de la phonation. Ces lésions se traduisent sous deux formes : un érythème laryngé et une laryngite hyperplasique consistant dans une turgescence diffuse de la muqueuse hyperémiée et épaissie.

Le système nerveux offre des affections très variées ; les phénomènes douloureux dominent et consistent en des névralgies et des céphalées nocturnes; on observe des paralysies localisées, surtout sur le moteur oculaire commun ; plus rarement survient une hémiplégie faciale. La syphilis exaspère les névroses ou peut les faire naître de toutes pièces ; telles sont l'hystérie et l'épilepsie secondaires signalons; enfin la torpeur intellectuelle (?).

Les phénomènes généraux ont été particulièrement étudiés par M. le professeur Fournier. Il indique, dans cette période, la fièvre syphilitique, soit symptomatique des éruptions intenses, soit essentielle ; elle consiste, dans ce dernier cas, en accès intermittents ou vagues et irréguliers, ou bien elle suit une marche continue. Les malades présentent des troubles de caloricité tels que algidité des extrémités, frissons, accès de chaleur suivis de sueurs froides. Ces phénomènes sont remarquables surtout chez les femmes, qui accusent souvent à un haut degré une chloro-anémie et une asthénie profondes.

La syphilis, dans cette période, porte aussi son action sur les viscères ; on observe alors une dyspnée intermittente, vespérale et indépendante de toute lésion; des palpitations ou une accélération simple du pouls ; l'appétit est diminué, exagéré ou dépravé (boulimie secondaire) ; chez la femme on constate des troubles mens-

truels, de la leucorrhée, des métrorrhagies; enfin les avortements sont fréquents.

La *période tertiaire*, écrit M. Fournier, « est constituée par les accidents qui ont pour habitude de ne se manifester qu'à un âge plus ou moins avancé de la maladie, et pour caractère d'intéresser les tissus d'une manière profonde et grave. » L'époque d'apparition de ces accidents est indéterminée, et ceux-ci peuvent survenir trois, quatre, dix et même quarante ans après l'infection.

« Les manifestations tertiaires, dit le même auteur (1), ont pour premier attribut d'être discrètes comme nombre, souvent même isolées et solitaires. »

Du côté de la peau, on note des syphilides papulo-tuberculeuses, tuberculo-ulcéreuses, tuberculo-crustacées, presque toujours serpigineuses. Dans les tissus dermique et cellulaire sous-cutané, on remarque des gommes diffuses ou circonscrites; du côté du tissu osseux, on observe des exostoses, des périostoses, des caries et des nécroses, reconnaissant pour origine un processus gommeux. A cette période, la syphilis est plus fixe et plus profonde dans ses manifestations. Par ses produits hyperplasiques et gommeux, tendant à l'élimination, elle produit des désordres locaux très graves. On voit alors la destruction des cartilages et des os du nez, des perforations de la voûte et du voile du palais, des glossites tertiaires, des lésions génitales, telles que le testicule syphilitique et les gommes, des lésions anales, rectales (ulcérations, rétrécissements),

(1) Fournier. Leçons sur la syphilis tertiaire, du Journal de l'Ecole de médecine.

des arthropathies (tumeurs blanches syphilitiques), des gommes viscérales (foie, poumon, cœur), et des accidents cérébraux d'une extrême gravité étudiés sous le nom de syphilis cérébrale.

Enfin, pour M. le professeur Parrot, le rachitisme serait une manifestation héréditaire de la syphilis ; et pour Bazin les lésions viscérales de la période tertiaire constitueraient uue période quaternaire distincte, correspondant à la quatrième période des autres maladies constitutionnelles.

B. Des bronchites chez les syphilitiques.

Depuis la fin du XVIIe siècle, jusque vers le milieu du nôtre, on a décrit sous le nom de *phthisie* des ulcérations du poumon, des bronches et du larynx, qu'on rapportait à une origine syphilitique, et l'on expliquait par une répercussion diverses affections des voies respiratoires apparaissant au moment où cessaient des écoulements virulents et disparaissant lorsque ceux-ci se rétablissaient. Morton (1), Astruc (2), Fr. Hoffmann (3), Morgani (4), De Horne (5), Swediaur (6), Car-

(1) Morton. Phthisiologica, caput VIII. De phthisi a suppressione gonorrheæ virulente fluxus ortâ.

(2) Astruc. De morbis vencreis, t. I, cap. III, § 9, p. 425.

(3) Fr. Hoffmann. Medicina rationalis systematica, t. III et IV. De lue venereâ, p. 424.

(4) Morgagni. De sedibus et causis morborum, t. II, episiola XXII. art. 10, 11, p. 182.

(5) De Horne. Différentes méthodes d'administrer le mercure, t. II, p. 162. In Journal de médecine militaire, t. III, p. 215.

(6) Swediaur. Maladies vénériennes, 4e édition, t. II, p. 169.

rère(1), Hunter(2), Petit-Radel (3), Beaumès(4), etc., cités par Lagneau, signalent la *trachéite*, la *bronchite*, l'*asthme* et la *phthisie*, parmi les affections qui peuvent relever de l'infection syphilitique, et ils rapportent des observations dans lesquelles ces diverses affections n'ont cédé qu'aux médications antisyphilitiques. Portal (5), pense que l'action exercée par la syphilis sur les glandes lymphatiques du poumon détermine une sorte de phthisie. J.-L.-C. Schrœder van der Kolk (6) admet une phthisie syphilitique spéciale, sans tubercules, sans induration pulmonaire, et caractérisée par des ulcérations siégeant dans le lobe moyen, tout près de l'origine des bronches. Les symptômes ordinaires seraient peu accentués tant que l'ulcère est peu étendu; on n'observerait qu'un peu de toux et d'émaciation ; plus tard ces ulcères fournissent du pus, mais la rougeur des pommettes ferait souvent défaut. Joseph Franck (7) définit ainsi la phthisie syphilitique: « *L'érosion de la membrane muqueuse des bronches*, du parenchyme pulmonaire et des glandes du poumon, causée par le vice vénérien, constitue la phthisie pulmonaire syphilitique.

«La phthisie syphilitique est dite latente lorsque le malade vénérien se plaint de dyspnée, de toux accompagnée de crachats, tantôt en petit nombre et purulents,

(1) Carrère. Maladies vénériennes chroniques sans signes évidents, p. 64.

(2) Hunter. Traduction de Richelot, 1845, p. 535.

(3) Petit-Radel. Maladies syphilitiques, 1812, t. II, art. II, p. 30.

(4) Beaumès. Phthisie pulmonaire, 1805, t. I, section II, p. 421.

(5) Portal. De la phthisie vénérienne, art. 10, p. 325.

(6) J.-L.-C. Schrœder van der Kolk. Observations anatomo-pathologiques, 1826, p. 129.

(7) Jos. Frank. Pathologie méd., t. IV, p. 267.

tantôt en grand nombre et muqueux, et lorsqu'en même temps il maigrit.

« La maladie se développe lorsqu'il survient un enrouement, une petite fièvre lente, qui augmentent les autres symptômes, surtout le soir.

« La confirmation de la phthisie syphilitique s'annonce par une maigreur croissant de jour en jour, la fièvre hectique, la toux, accompagnée de crachats purulents et sanguinolents, et par l'extinction de la voix.

«...... L'infection se manifeste assez ordinairement par une douleur, le soir, à un cartilage ou à la côte supérieure, que le toucher augmente, et par des pustules ulcérées à la face...... La phthisie syphilitique primitive, quoique confirmée, est combattue quelquefois miraculeusement, pouvu que le malade n'ait point fait auparavant abus du mercure... »

Nous voyons déjà la bronchite ulcéreuse des syphilitiques séparée nettement de la tuberculose. « La syphilis, écrivait le Dr William Munk (1), développe un état cachectique particulier, et ainsi, par son action, engendre *indirectement* les tubercules. » Cet auteur déclare que la syphilis se développe dans les poumons sous les formes variées de *bronchite*, de *pneumonie* ou de *broncho-pneumonie* ; mais il pense, avec Graves, que le poison vénerien tend à se porter principalement sur la muqueuse, et il cite l'opinion du Dr Sadowski, de Prague, d'après laquelle la bronchite syphilitique serait caractérisée par des ulcérations petites et nombreuses pouvant affecter la membrane jusque dans les plus petites ramifications.

(1) W. Munk. Gazette médicale de Londres, avril 1841.

A côté de la bronchite aiguë et de l'asthme, Lagneau (1) étudie dans sa thèse les affections pulmonaires graves qu'on a rattachées à la syphilis. « La dénomination de *phthisie*, employée le plus souvent par les auteurs, écrit Lagneau, avait l'avantage d'exprimer parfaitement l'état de marasme, de consomption, résultant des affections pulmonaires syphilitiques graves; mais aujourd'hui que les progrès de l'anatomie pathologique ont fait constater que cet état général était dû à des lésions diverses dont l'auscultation, la percussion et autres moyens d'investigation permettent de reconnaître l'existence pendant la vie, on peut établir qu'il y a une bronchite ulcéreuse, une pneumonie chronique, une tuberculisation syphilitique ou production de gommes, et peut-être même une pleurésie, qui déterminent l'ensemble des symptômes autrefois désignés sous le titre de phthisie vénérienne ou syphilitique. »

Stokes (2) signale l'apparition, peu de temps après l'infection vénérienne, d'une inflammation aiguë des bronches, différente des bronchites vulgaires et comparable suivant lui aux exanthèmes syphilitiques. Il insiste, avec le Dr Byrne, sur les phénomènes *d'alternance* et de *balancement* que présentent ces bronchites, souvent brusques et fébriles, tantôt avec des éruptions secondaires, tantôt avec des manifestations lichénoïdes ou ulcéreuses d'une syphilis plus invétérée. Il indique ensuite l'existence d'une bronchite chronique qui revêt les apparences de la phthisie, qui aboutit comme elle à

(1) Lagneau. Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis Th. Paris, 1851, p. 82.

(2) Stokes. Diseases of the chest. Dublin, 1837, p. 92.

l'hecticité, mais qui en diffère par le désaccord qui subsiste assez longtemps entre les signes physiques et les signes généraux.

Grisolle (1), qui cite les travaux de Munck et de Sadowski, écrit : « ... le virus vénérien peut produire des ulcérations sur la muqueuse laryngo-trachéale et devenir ainsi une cause de phthisie. On en trouve plusieurs exemples dans le mémoire de Trousseau et Belloc. »

M. Hayem (2) résume l'opinion de Stokes et conclut : « De toutes les bronchites symptomatiques, la syphilitique est la moins sujette à contestation, puisqu'on a trouvé des lésions syphilitiques de ces organes. Les symptômes du côté des bronches se montrent à la période dite secondaire et à la période tertiaire. Stockes admet deux variétés de bronchite syphilitique, l'une aiguë, l'autre chronique. Dans la première, il y aurait une irritation bronchique analogue à celle des exanthèmes, et Stokes ajoute qu'elle peut disparaître au moment de l'éruption et qu'elle se montre à une petite distance de la contamination. Le même auteur cite des cas de bronchite subite et grave observés chez des syphilitiques par le Dr Byrne à Lock-Hospital, mais l'on pourrait facilement soutenir qu'il n'y avait là que de simples complications.

« La bronchite chronique se montre à l'époque de l'éruption gommeuse, de l'affection des os, de la syphilis hectique, et l'on sait qu'à ce moment l'on peut observer des ulcérations de la trachée. On a signalé aussi des lésions pulmonaires dans la syphilis infantile,

(1) Grisolle. Traité de pathologie interne, t. II, p. 179.
(2) Hayem. Des bronchites, th. Paris, 1869, p. 93.

mais ces dernières ne portent pas spécialement sur les bronches. »

Walshe (1), après avoir signalé la bronchite aiguë et fébrile qui peut précéder la roséole et disparaître quand celle-ci se produit, ou remplacer l'éruption lorsqu'elle se trouve brusquement supprimée, insiste sur l'absence d'induration pulmonaire qui peut permettre de différencier la bronchite chronique des syphilitiques de l'inflammation tuberculeuse.

Loin de considérer ces bronchites comme de simples complications, le professeur Schnitzler (2) affirme nettement leur nature spécifique. Il déclare que la syphilis pulmonaire évolue non seulement sous la forme grave de la pneumonie interstitielle, mais aussi fréquemment sous la forme de catarrhe bronchial et pulmonaire. Il a constaté que, dans beaucoup de cas, aux catarrhes syphilitiques du larynx et de la trachée, particulièrement lorsqu'ils remontent à une date ancienne, s'ajoute *un catarrhe des bronches qui doit être rapporté à la même cause morbide.* Ce catarrhe bronchique, qui cède ordinairement au traitement antisyphilitique, apparaîtrait souvent, comme celui du pharynx et du larynx, *peu de mois après l'infection.* Aussi l'auteur affirme-t-il que les affections catarrhales légères des bronches et des poumons doivent être rattachées à la syphilis secondaire, et les inflammations graves, plus enracinées, à la période tertiaire. On ne devra, toutefois, admettre une affection syphilitique des bronches que si l'on trouve en

(1) Walshe. Maladies de poitrine, p. 272.

(2) Schnitzler. Die Lüngen-syphilis und ihr Verhältriss zur Lungenschwindsücht, in Annales de dermatologie, 1880, p. 351.

même temps des symptômes non équivoques de syphilis dans d'autres organes, et notamment dans les régions pharyngiennes et laryngiennes.

Nous avons vu déjà signalée la broncho-pneumonie chez les sujets syphilitiques. La broncho-pneumonie, écrit M. Roger (1), « est également, dans certains cas, la fin d'un coryza syphilitique (syphilis du poumon ?). » M. Joffroy (2), dans une note, cite l'opinion de M. Damaschino, qui regarde la broncho-pneumonie comme un accident ultime, fréquent, chez les enfants syphilitiques.

Nous croyons devoir rapprocher de cette communication l'opinion de M. le professeur Fournier qui pense que chez les enfants on a souvent attribué à la scrofule des affections directement imputables à une syphilis héréditaire.

Enfin, indépendamment des affections bronchiques signalées par M. Blachez (3) dans le cours de la syphilis tertiaire et causées par le développement de tumeurs gommeuses, nous indiquerons l'existence d'une trachéo-bronchite accompagnée d'adénopathie que M. Barety (4) tend à rattacher à l'infection syphilitique.

(1) Roger. Art. Broncho-pneumonie, in Dict. des sc. méd., p. 34.

(2) Joffroy. Des différentes formes de la broncho-pneumonie. Th. Paris, 1880, p. 136.

(3) Blachez. Art. Rétrécissement des bronches, in Dict. encyclop des sc. méd., p. 712.

(4) Barety. Th. 1874, p. 80.

Caractères des bronchites observées chez les syphilitiques.

En énumérant les bronchites qui ont été signalées chez les sujets syphilitiqnes, nous avons constaté que la question de nature de ces affections est beaucoup moins controversée ici que chez les arthritiques, chez les herpétiques et les scrofuleux, et que la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître des bronchites véritablement symptomatiques de la maladie vénérienne. Etudions à présent les caractères qui ont été assignés à ces affections dans le cours de la syphilis récente et dans le cours de la syphilis invétérée.

a. *Dans le cours de la syphilis récente.*— Les recherches de Graves, de Stokes, de Munk et de Lagneau, nous montrent qu'à l'époque des éruptions dites secondaires on peut voir survenir des bronchites aiguës, qui parfois précèdent l'éruption et qui plus souvent lui succèdent. Elles apparaissent brusquement et peuvent disparaître très rapidement pour faire place à l'exanthème, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. Elles s'accompagnent d'un mouvement fébrile accentué, d'une dyspnée intense et d'une expectoration rapidement muqueuse et généralement abondante. L'auscultation révèle, d'après Lagneau, une inflammation très vive des bronches, et l'oppression a été plusieurs fois assez intense pour nécessiter la saignée.

Cette bronchite qui apparaît souvent sans cause appréciable peut aussi succéder à l'angine, et disparaît généralement avec les accidents secondaires.

L'intensité et la brusquerie de cette forme permettent de la différencier des bronchites ordinaires qui peuvent affecter, d'une manière purement accidentelle, un sujet syphilitique.

b. *Dans le cours de la syphilis invétérée.* — A une période plus avancée de la syphilis, nous voyons mentionnées des bronchites intermittentes et des accès d'asthme véritable. Lagneau cite une observation d'asthme reparaissant périodiquement, la nuit, vers trois heures du matin dans le cours d'une syphilis ancienne, et guéri par le traitement mercuriel. Nous croyons devoir rapporter ici cette observation empruntée à Bell :

Vers le mois de janvier 1784, je fus appelé par un malade nouvellement arrivé dans la ville; il avait des ulcères sur diverses parties du corps et des extrémités, et il était en outre depuis longtemps tourmenté par un asthme; il voulait particulièrement me consulter pour ses ulcères. Il en avait un large immédiatement au-dessus du grand trochanter de la cuisse droite, un sur la partie moyenne et la plus saillante de chaque jambe; chacun de ces deux derniers pénétrait jusqu'au tibia; il y en avait un sur la poitrine, et le sternum paraissait épaissi dans cet endroit sans être cependant carié; un du côté gauche, qui s'étendait sur la 7e et la 8e côte; il y avait enfin un petit ulcère sinueux sur la partie moyenne et externe du bras droit. On reconnut, en sondant cet ulcère, qu'il se prolongeait jusque sur la surface du cubitus, qui était raboteuse dans l'étendue d'un pouce. On apercevait, en outre, plusieurs petits ulcères sur les doigts des deux pieds. Ces derniers ulcères, ainsi que les autres, étaient sordides; ils rendaient une matière ténue et fétide; leurs bords avaient cette rougeur érysipélateuse qui caractérise fréquemment les ulcères vénériens.... Le malade avait fait d'abord fort longtemps usage du mercure à trois différentes reprises; chaque traitement avait duré neuf à dix semaines, tous l'avaient soulagé, mais aucun des trois ne put guérir un seul de ces ulcères. Les symptômes d'asthme subsistaient depuis cinq ans;

ils s'étaient *manifestés sans qu'on pût en connaître la cause*, et ils étaient peu à peu devenus plus graves; aucun remède n'avait pu les modérer, excepté l'opium qui ne produisit même qu'un soulagement passager. Outre la difficulté de respirer habituelle, il était sujet à des accès périodiques plus graves, qui le mettaient quelquefois en danger d'être suffoqué. Ces accès survenaient le plus souvent pendant le sommeil et, en général, avec une *grande régularité, vers les 3 heures du matin.*

Le malade avait alors 45 ans environ; il m'avoua avoir beaucoup souffert de la syphilis dans sa jeunesse. J'insistai sur la nécessité d'administrer le mercure à plus forte dose qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Il commença le traitement le 14 janvier; il se fit d'abord, tous les soirs, une friction avec un gros d'onguent mercuriel, en même temps qu'il prenait, matin et soir, une des pilules bleues. Il employa tous les jours deux gros d'onguent pendant le cours d'une semaine, et il continua le même nombre de pilules, jusqu'à ce que sa bouche fût très vivement enflammée, et qu'il s'établît une forte salivation, ce qui arriva au bout d'une quinzaine. A cette époque, on quitta les pilules et on se borna à un gros d'onguent mercuriel par jour. On se contenta d'appliquer sur les ulcères le cérat ordinaire qu'on renouvelait matin et soir. Avant la fin de la troisième semaine, les ulcères étaient détergés, et la matière qu'ils rendaient avait plus de consistance. Les accès d'asthme n'étaient pas non plus, à beaucoup près, aussi violents. Après avoir pris, pendant sept semaines environ, le mercure, tous les ulcères étaient parfaitement guéris, excepté celui de la partie externe de la cuisse et ceux des jambes. Ces ulcères même étaient fort diminués, et la guérison n'en paraissait retardée que par le mauvais état des os qui étaient au-dessous; ces os se trouvaient dénués de périoste et raboteux dans quelques endroits. Le malade respirait alors avec facilité, et il n'avait éprouvé aucun accès violent d'asthme depuis que sa bouche avait commencé à être complètement enflammée par le mercure. On suivit le traitement avec la même vigueur jusqu'à la fin de la treizième semaine; alors je le fis cesser; l'asthme était absolument dissipé, et tous les ulcères bien cicatrisés excepté les trois dont j'ai parlé. Aucun de ces ulcères ne guérit au bout d'un an révolu. A cette époque, une portion étendue du tibia de la jambe droite, paraissant s'exfolier et se détacher, après avoir coupé la partie exfoliée, je l'emportai aisé-

ment, et en quinze jours l'ulcère fut cicatrisé. Celui de l'autre jambe guérit de même, au bout de trois ou quatre mois, après qu'il se fut détaché une petite portion du tibia qui avait la forme d'un épi. L'ulcère situé sur le trochanter n'était pas cependant cicatrisé ; il en était sorti de temps en temps des esquilles. L'asthme n'a pas reparu depuis, et le malade est bien portant aujourd'hui en janvier 1797.

Nous rapportons encore à la fin de cette étude une autre observation de Bell, qui montre un asthme préexistant, aggravé notablement par la syphilis et cédant complètement à la médication antisyphilitique.

Lagneau admet aussi une bronchite chronique, sans ulcération, caractérisée uniquement par une toux persistante, une douleur pectorale, et une expectoration plus ou moins abondante. Il cite plusieurs observations à l'appui. Nous nous contenterons de reproduire ici la suivante, qui est empruntée à Schwartze :

« Vir juvenis, robustus et bene valens, tussi corripiebatur cum sputis copiosis et frequentibus, contra quam varia per aliquot tempus remedia adhibebantur... præter tussim et sputa, quæ tamen mane imprimis copiosissima erant, nil mali vel molesti, neque dyspnæam, neque febrem, neque virium diminutionem æger sentiret ;... elapso mense,... de ulcere in crure, ex contusione nato ille conquerebatur.... Ex quo autem hoc ulcere æger laborabat tussis cum sputis sponte et penitus evanuit.... Venerea se quondam affectum fuisse labe confessus.... Præscripsi mercurium sublimatum corrosivum sueto more, qui quidem tam egregie proficiebat, ut elapsis vix duodecim diebus dolor omnis evanesceret ulcusque adeo coarcteretur, ut sanum se esse.... »

Nous avons choisi cette observation, parce que la cessation brusque de la toux et des crachats au moment

où le virus dirigea son action sur le membre inférieur, avant toute médication mercurielle, permet de croire qu'aucune ulcération ne s'était formée dans les bronches.

Mais nous croyons que la plupart des bronchites chroniques signalées chez les syphilitiques s'accompagnaient d'ulcérations des bronches. D'une part, l'expression de phthisie employée par la plupart des auteurs pour désigner ces bronchites chroniques, les signes de consomption et d'hecticité sur lesquels ils insistent ; le caractère *purulent et parfois sanguinolent* des crachats qu'ils décrivent, et d'autre part les résultats rapides et durables du traitement spécifique, nous portent à penser qu'il s'agissait dans beau nombre de ces cas soit d'une pneumonie chronique, soit d'une bronchite avec ulcérations, comme celles qu'on a décrites depuis le milieu de ce siècle.

Stokes, en parlant des bronchites chroniques, qui simulent la phthisie, chez les syphilitiques, insiste, au point de vue du diagnostic, sur le défaut de concordance qui existe entre les symptômes généraux et les signes fournis par la percussion et par l'auscultation : Alors que l'état général indique un degré de consomption déjà très-avancé, la poitrine est sonore à la percussion et les bruits anormaux signalés à l'auscultation sont des râles muqueux et épais. Voici, du reste, d'après Lagneau, les signes propres aux bronchites chroniques ulcéreuses des syphilitiques : mal de gorge, gêne de la déglutition, enrouement, toux, chaleur et constriction de la poitrine, crachats muqueux, épais ou clairs, deve nant purulents, sanguinolents; douleur, le soir, à la côte

supérieure ou au cartilage correspondant, sonorité du thorax à la percussion, râles muqueux à l'auscultation ; symptômes généraux graves, tels que fièvre hectique, faiblesse, amaigrissement, etc. Nous croyons utile de reproduire ici l'observation citée dans sa thèse, à la suite du passage suivant emprunté aux articles de William Munk (1) :

« Le Dr Sadowski, de Prague, établit qu'une très-commune conséquence de la bronchite syphilitique est l'ulcération de la membrane ; que les ulcères sont de petites dimensions, mais excessivement nombreux, et peuvent, en quelques circonstances, être découverts sur la plus grande portion de la membrane, même dans les plus petits tubes. Le cas suivant, qui eut une fatale terminaison en septembre 1839, confirme l'opinion ci-dessus exprimée. »

Un jeune gentleman, âgé alors de 19 ans, contracta la syphilis à Paris, durant l'été de 1837. Il prit du mercure, mais il le fit irrégulièrement et inefficacement. Les symptômes primitifs s'effacèrent, et en arrivant à Vienne, où il passa l'hiver, il entreprit un traitement par la salsepareille ; il en obtint une grande amélioration ; mais dans l'automne de 1838, étant alors dans le nord de l'Italie, il fut pris d'un grand mal de gorge ; à cela se joignit de l'enrouement, une ulcération au voile du palais, une éruption de couleur cuivrée sur la peau, des nodus, des douleurs nocturnes et de fortes transpirations. Cet état empira graduellement, et je le vis pour la première fois, en août 1839, à peu près trois mois après son retour en Angleterre. Il était alors confiné dans son lit, était émacié et affaibli, avait une toux fréquente et excessivement incommode, une copieuse expectoration purulente, en même temps que des symptômes qui ne laissaient aucun doute sur l'existence

(1) W. Munk. Gazette médicale de Londres, avril 1841.

d'une maladie laryngée. *La poitrine était parfaitement sonore*, mais un *ronchus muqueux épais* était évident dans toute l'étendue des poumons. On lui avait ordonné la quinine et l'iodure de potassium avec des anodins pour les nuits, mais il s'éteignit, complètement épuisé, le 15 septembre.

De *nombreuses petites ulcérations* existaient sur la muqueuse tapissant le larynx ; il n'y en avait pas dans la trachée ; mais *au-dessus de la bifurcation*, elles apparaissaient de nouveau, devenant *de plus en plus nombreuses dans les petites ramifications.* Dans les plus petites divisions des bronches, il y avait une suite continue d'ulcérations ; les ulcères isolés s'étaient, à ce qu'il semblait, réunis entre eux. Les bronches étaient remplies d'une matière purulente, et les lobes inférieurs des poumons étaient légèrement congestionnés.

On est en droit de se demander si, dans bien des cas de bronchites observées chez les sujets syphilitiques, l'inflammation des bronches n'est pas causée et entretenue par la présence d'ulcérations spécifiques ou par l'existence de tumeurs gommeuses qui produisent des rétrécissements et des phénomènes de compression agissant, soit sur les conduits bronchiques directement, soit sur les rameaux nerveux et par leur intermédiaire sur les bronches. Les ulcérations de la trachée et des bronches, faisant suite à celles du larynx, répondent parfaitement aux symptômes exposés par Munk : « Quand la membrane interne des voies aériennes est affectée, dit-il, une sécrétion se produit aussitôt ; du larynx, d'abord, s'échappe avec difficulté un mucus épais ; dans les bronches, un mucus clair, mais néanmoins tenace, fluide, abondant, obstrue par sa présence, les tubes, donne lieu à l'enrouement et à la fréquence de la respiration ; il perd plus ou moins rapidement et complètement le caractère muqueux, *en devenant abon-*

dant, purulent et diffluent.... On trouvera que, lorsque l'expectoration survient, les symptômes de type hectique apparaissent, ou, s'ils existent déjà, ils sont matériellement aggravés... »

Les phénomènes de compression nerveuse et bronchique, joints à l'abondance et à la purulence des sécrétions, expliqueraient l'intensité de la dyspnée et sa forme quelquefois paroxystique. « Dans certains cas de syphilis constitutionnelle, dit M. Barth, on observe des catarrhes trachéaux et bronchiques développés souvent sans cause extérieure appréciable, qui se caractérisent par une toux fréquente, une expectoration muqueuse abondante, et s'accompagnent fréquemment d'un degré de dyspnée avec imminence d'asphyxie ; les résultats de l'auscultation, en faisant constater une diminution unilatérale ou générale du bruit vésiculaire, permettent d'y reconnaître l'effet de la compression d'un ou plusieurs points des conduits aériens. Ces catarrhes sont-ils dus à des ulcères avec bords saillants, développés sur la face interne de la trachée-artère ou des bronches ? à des œdèmes sous-muqueux ? à des intumescences ganglionnaires ? à des périostoses de la face antérieure des vertèbres ? à des gommes développées de toutes pièces sur le trajet des conduits aérifères ? — Quoi qu'il en soit, nous avons vu des cas de ce genre où les accidents les plus formidables mettaient la vie dans un péril imminent, et où la présence de quelques ulcères rebelles sur la figure ou sur le cou, nous ayant mis sur la voie

(1) Barth. Art. Bronchites, in Dict. encyclop. des sciences médicales, p. 737.

de la vraie nature du mal, un traitement antisyphilitique a été suivi d'une guérison inespérée. »

Les altérations syphilitiques des bronches, qui constituent la cause la plus fréquente des rétrécissements par lésion propre des conduits aérifères, siègent ordinairement à la partie inférieure de la trachée ou à l'origine des bronches. « Elles apparaissent généralement à la période tertiaire, dit M. Blachez (1). La forme primitive de ces lésions paraît être celle de tumeurs occupant plutôt le tissu sous-muqueux que l'épaisseur de la muqueuse elle-même. Wagner a vu, dans l'épaisseur des parois bronchiques, des petits nodules gommeux. Ailleurs c'est une altération diffuse consistant en une sorte d'infiltration plastique du tissu sous-muqueux.

Quelque soit le début de la lésion, son évolution est identique ; *elle marche vers l'ulcération.* C'est la deuxième période. Les ulcérations sont *arrondies et ordinairement profondes.* Leur fond est constitué par les anneaux cartilagineux ; mais ceux-ci peuvent être détruits, et l'ulcération a pour base les tissus ambiants infiltrés et épaissis. M. Lancereaux a vu, dans un cas, le fond de l'ulcère formé par un tissu fibreux dans l'épaisseur duquel se trouvaient plusieurs ganglions lymphatiques. »

Ces ulcérations qui peuvent succéder à des gommes produisent des rétrécissements cicatriciels ou détruisent les cartilages. ce qui permet au conduit trachéo-bronchique de s'affaisser pendant l'inspiration et donne lieu à de violents accès de dyspnée avec toux quinteuse et cornage.

(1) Blachez. Art. Lésions syphilitiques des bronches, in Dict. encycl. des sc. méd., p. 718.

« Les symptômes, toujours fort obscurs, écrit M. Blachez, diffèrent suivant que les lésions syphilitiques occupent la trachée ou les bronches.

Presque toujours le malade a présenté à une époque antérieure ou présente encore les signes d'une laryngite syphilitique. A l'enrouement, à l'aphonie qui caractérisent cette laryngite, se joint la sensation d'un *chatouillement plus profond*, une gêne que le malade localise à la partie supérieure du sternum. Bourdon a noté une inspiration sifflante, de l'oppression dans l'exercice, des *accès de suffocation nocturne* avec toux quinteuse et sèche ; *plus tard, à une période qui se rapporte probablement à l'ulcération*, il y a une expectoration composée de *petits crachats nummulaires* ou *striés de sang* (Vigla). La douleur locale augmente. » Au moment de la cicatrisation surviennent des désordres plus accentués : immobilisation du larynx pendant la déglutition ou la phonation, et menaces d'asphyxie.

« Les symptômes, continue M. Blachez, sont bien autrement obscurs quand il s'agit de lésions syphilitiques des bronches. Ce ne sont, à proprement parler, que les symptômes de la bronchite chronique ordinaire, et on ne peut soupçonner la nature de la maladie qu'en considérant la marche descendante des lésions qui envahissent successivement la gorge, le larynx, la trachée. Lorsque, chez un sujet qui a présenté cette série d'accidents, on voit survenir une bronchite avec crachats purulents, dyspnée plus ou moins intense, toux quinteuse, quand la maladie prend une marche chronique et qu'on assiste à un dépérissement progressif sans qu'on ait lieu de croire à la présence de tubercules, on

peut incliner vers une bronchite syphilitique ulcéreuse. »

Je me rappelle avoir vu, dans le service de M. Gombault, au début de mes études, une jeune femme atteinte de syphilis, chez laquelle l'affection des voies respiratoires présenta cette marche descendante et chronique, indiquée par M. Blachez. Cette malade avait depuis très longtemps un enrouement intense et continu ; la voix était rauque, déchirée et parfois aphone ; puis il s'établit une bronchite chronique, en même temps que se manifestaient les signes d'une chloro-anémie très accusée. Quand la malade entra à l'hôpital de la Pitié, elle toussait fréquemment, elle était extrêmement anémiée, très amaigrie ; elle accusait des sueurs nocturnes, elle offrait des troubles de dysménorrhée ; et, sans présenter encore de signes généraux qu'on pût qualifier de cachectiques, l'état général indiquait d'une manière évidente un dépérissement très notable. Cette malade avait eu, d'ailleurs, des habitudes alcooliques. Je me souviens que *malgré le défaut de matité bien nette, au moins au niveau des sommets*, et en l'absence de toute hémoptysie, on discuta plusieurs fois le diagnostic de tuberculose pulmonaire. A ce moment, plusieurs doigts étaient affectés d'onyxis et la malade se plaignait d'une otite suppurée et de douleurs névralgiques nocturnes. Elle fut soumise à un traitement spécifique et quitta l'hôpital au bout de peu de jours. Je n'ai revu cette malade que six années plus tard, environ ; elle avait repris un embonpoint parfait, sa voix était absolument normale ; depuis l'époque où elle avait été à la Pitié, elle n'avait plus toussé et n'avait pas cessé d'avoir une santé parfaite.

Bien que je ne puisse indiquer aujourd'hui d'une manière précise quels étaient les signes fournis par l'auscultation et par l'expectoration, j'ai cru devoir faire mention ici de cette malade, parce que le rétablissement complet de la santé et la permanence d'une guérison aussi parfaite n'est guère compatible avec une tuberculose pulmonaire, et parce que, d'autre part, la marche de l'affection des voies respiratoires, rapprochée de la description donnée par M. Blachez, nous paraît permettre de rattacher, dans ce cas, les troubles laryngo-bronchiques à l'infection syphilitique.

Il semble résulter d'une observation de M. Barety (1), que nous reproduisons à la fin de ce travail, que chez un sujet syphilitique l'inflammation du conduit laryngo-bronchique peut s'accompagner d'une adénopathie des ganglions médiastinaux. Dans le cas en question, on observa un coryza suivi d'une trachéo-bronchite, avec un souffle à la partie postérieure du sommet droit et des signes de compression trachéo-bronchique; tous ces accidents disparurent ou s'amendèrent sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Dans d'autres cas, cité par Beger, nous voyons mentionné, concurremment avec d'autres altérations des voies respiratoires, l'engorgement des ganglions bronchiques; M. Blachez signale aussi, dans le Dictionnaire encyclopédique, l'existence de l'adénopathie bronchique, en traitant les lésions syphilitiques des bronches.

(1) Barély. Loc. cit., p. 80 et 313.

Nous avons déja parlé des productions gommeuses qui peuvent siéger dans l'épaisseur des conduits aérifères et déterminer l'inflammation de ces canaux, notamment au voisinage de la bifurcation de la trachée.

Le Dr Beger (2) rapporte le cas d'un individu qui fut atteint de laryngite syphilitique et qui mourut consécutivement à une ulcération de la trachée avec perforation de l'œsophage. L'auteur insiste sur ce fait que c'est le premier exemple de perforation syphilitique faisant communiquer la trachée avec l'œsophage. On connaissait déjà les perforations causées par une altération syphilitique et s'ouvrant dans l'artère pulmonaire, dans l'aorte, et dans le médiastin antérieur.

La bronchite, chez les sujets syphilitiques peut, à une époque avancée, se présenter avec des allures aiguës ; elle peut se terminer par une pneumonie avec production de tumeurs gommeuses dans le parenchyme pulmonaire et dans l'épaisseur des conduits bronchiques.

Le Dr Beger cite le cas d'un ouvrier, âgé de 33 ans, qui présenta d'abord les signes d'une bronchite aiguë suivi bientôt d'un amaigrissement très rapide et d'un état général cachectique en raison duquel on porta le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire. Le 6 avril, la fièvre avait disparu ; la toux était continuelle ; l'expectoration était très pénible, et le malade rendait des crachats abondants, jaunes, sans fétidité et composés de mucus, d'épithélium et de détritus albumineux parmi lesquels on ne trouvait pas de fibres élastiques à cette

(2) Beger. Deutscher Archiv für klinik. méd., 1879, t. XXIII, p. 608.

époque. La respiration était diminuée comme chez les emphysémateux et la poitrine était partout sonore à la percussion, l'auscultation révélait un mélange de râles secs et humides, petits et gros.

Le 8 avril, on note une élévation thermique et un état de cyanose accompagnée d'une émaciation de plus en plus accentuée.

Le 14 avril, le Dr Wagner trouva dans les crachats des débris de tissus organiques dans lesquels il reconnut, à l'aide du microscope, des fibres élastiques, rubanées, allongées, juxtaposées et ramifiées, renfermant par places de nombreux noyaux, arrondis et parfaitement conservés, mais pas une seule cellule. Il considéra ces débris comme provenant de la muqueuse trachéale, infiltrée de produits syphilitiques. La suffocation devint bientôt imminente. Chaque inspiration se confondait avec un effort de toux avorté, et la mort eut lieu par asphyxie.

Parmi les résultats de l'autopsie, nous signalerons l'état des petites bronches qui sont dilatées, sans aboutir à de véritables déformations ampullaires. La muqueuse des petites ramifications est plus rouge, plus foncée que celle des gros canaux, dans lesquels les fibres longitudinales sont évidemment érodées. En outre, les ganglions bronchiques sont engorgés et l'on trouve une infiltration pneumonique dans les poumons.

Nous rapportons à la fin de cette étude une observation très intéressante publiée par le Dr W. Hénop (1), dans laquelle l'affection des voies respiratoires, accompagnée

(1) Hénop. In Beger's Archive fur klinik med., 1879, t. XXIV, p. 50.

d'un état fébrile, au début, suivit une marche descendante. Il s'agit d'un matelot, âgé de 18 ans, qui présenta *d'abord un embarras gastrique fébrile accompagné de douleurs à la poitrine et d'un sentiment d'oppression au niveau du creux épigastrique*; on observa à ce moment des ulcérations pharyngiennes, une éruption papuleuse très étendue, des végétations anales et une induration préputiale. Le malade avait eu, deux ans auparavant, un ulcère du prépuce qui céda uniquement à un traitement local. Tous les accidents disparurent sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique à l'exception d'une adénite généralisée et peu douloureuse.

Huit mois plus tard il revint à l'hôpital tourmenté par une *toux* fréquente et par une *dysphagie* continuelle. L'examen de la poitrine ne présenta que les signes stéthoscopiques d'un *catarrhe diffus*, accentué surtout au-dessous de la clavicule droite; *il n'y avait dans cette région aucune matité évidente*. A ce moment existait une fièvre vespérale, il y avait des ulcérations pharyngiennes qu'un traitement mercuriel fit disparaître, mais l'état du malade était loin d'être satisfaisant. *On entendait constamment des râles muqueux à bulles fines, notamment dans la partie inférieure du poumon gauche; la respiration était normale aux sommets. Les crachats, très abondants et muqueux, n'étaient pas mélangés de sang*. A l'inflammation des conduits laryngo-bronchiques, se joignait évidemment un état pneumonique, au moins localisé, du poumon, indiqué par une température élevée qui atteignit 40,6 le 25 et le 26 octobre au soir, et par des frissons de courte durée. Il y avait alors une forte diarrhée et l'ensemble des symptômes présentés par le malade offrait, à l'excep-

tion de plusieurs tumeurs arrondies et d'aspect syphilitique siégeant dans le pharynx, le tableau général d'une cachexie tuberculeuse. Le 27 octobre, une dyspnée violente signala l'invasion d'une pleurésie et le malade mourut le 29, après avoir eu plusieurs pertes de connaissance.

Entre autres lésions révélées à l'autopsie, nous signalerons ici la présence de tumeurs syphilitiques au voisinage des plèvres viscérales, et *un épaississement à la fois périphérique et concentrique des bronches dont le calibre était rétréci.* On remarquait un nodus syphilitique au niveau du hile, avec tuméfactions péribronchiques. Dans le lobe postérieur du poumon gauche, un nodus *englobait une bronche fortement épaissie, obstruée par des concrétions caséeuses.* En dehors des lésions pharyngiennes, *la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches était rouge, tuméfiée et ne présentait point de cicatrices.* L'examen microscopique démontra l'absence de tubercules dans ces productions morbides.

Tandis que Zeissl indique l'absence de réaction fébrile dans les affections syphilitiques du poumon, Baümler (1), se fondant sur plusieurs observations recueillies par lui, déclare qu'indépendamment de toute fièvre éruptive syphilitique, on peut observer une fièvre hectique qui donne lieu de croire à une pneumonie catarrhale. Beger (2) insiste sur l'intégrité des sommets qui confirme ici l'opinion de Grandidier, d'après laquelle le siège habituel des altérations syphilitiques pulmo-

(1) Baümler. In Ziemsen's Handbüch der speciellen Path. u. Therap., Bd. III.

(2) Beger Loc. cit., 1872, Bd. IX.

naires serait le lobe moyen du poumon. Il fait remarquer, en outre, que si le diagnostic « syphilis pulmonaire » n'a pas été posé avec certitude pendant la vie du malade, la marche des accidents a fait discuter à plusieurs reprises la possibilité de cette affection.

Lagneau, et plusieurs auteurs à sa suite, se sont demandé si, dans les affections des voies respiratoires, désignées autrefois sous la dénomination générale de phthisie syphilitique, on devait admettre des cas de tuberculose pulmonaire, et si l'on devait croire à l'existence d'une tuberculose syphilitique. Lagneau conclut en disant que la cachexie imprimée par la syphilis favorise l'éclosion et le développement des tubercules. Bazin (1) cherche à différencier, en même temps que la phthisie scrofuleuse, la phthisie syphilitique de la tuberculose. « Dans la phthisie syphilitique, dit-il, l'affection a été précédée de la syphilis ; elle est quelquefois accompagnée de nodus, d'exostoses, de gommes cutanées et sous-cutanées, de laryngites syphilitiques, de douleurs nocturnes. L'affection a généralement une marche lente ; et, comme dans la phthisie scrofuleuse, les graves désordres que l'on constate dans la poitrine forment un contraste frappant avec la bénignité des symptômes. Ajoutons encore que le traitement, par les résultats satisfaisants qu'il donne, vient rétrospectivement éclairer le diagnostic. »

M. Blachez, en parlant des altérations syphilitiques des bronches insiste sur l'absence des tubercules dans

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule, p. 472.

les lésions mentionnées. « Le parenchyme pulmonaire avoisinant, dit-il (1), est ordinairement induré et comme rétracté par des tractus fibrineux qui sillonnent son épaisseur. On a remarqué que, dans aucun des cas observés, il n'y avait de tubercules. »

Nous croyons, avec la plupart des auteurs modernes, que la syphilis n'engendre pas directement la tuberculose et que les bronchites qui se développent dans le cours de la maladie vénérienne ne deviennent le point de départ d'une tuberculose pulmonaire que chez les sujets prédisposés à cette affection diathésique.

Eléments de diagnostic.

Les caractères tirés de la bronchite elle-même ne fournissent guère ici d'éléments propres à éclairer le diagnostic. Nous voyons signalées des bronchites aiguës qui apparaissent brusquement et qui généralement cessent rapidement aussi, soit sous l'action d'un traitement spécifique, soit sous l'influence d'une poussée éruptive, à l'époque des accidents secondaires. Elles s'accompagnent de fièvre, de dyspnée, de céphalée, et d'une expectoration muqueuse abondante. Mais ce qui permettra réellement d'établir un lien entre ces bronchites et la maladie constitutionnelle, c'est l'époque de leur apparition relativement assez rapprochée du début de l'infection, l'existence antérieure ou la coexistence d'une angine spécifique ou d'autres manifestations syphilitiques secondaires, et les phénomènes d'alternance et de balancement fréquemment signalés entre cette af-

(1) Blachez. Art. Bronches, in Dict. encyclop., p. 719.

fection du conduit trachéo-bronchique et certaines éruptions exanthémateuses.

Quant aux bronchites qui surviennent dans le cours d'une syphilis plus invétérée, elles pourront être confondues avec des bronchites subaiguës et chroniques purement accidentelles, avec des bronchites et des accès d'asthme déterminés par l'existence d'une adénopathie simple, scrofuleuse, tuberculeuse ou même cancéreuse, enfin avec la phthisie pulmonaire, et, dans certains cas, avec des bronchites farcineuses. Nous avons vu que les bronchites qui se développent à une période avancée de la syphilis peuvent précéder l'apparition des lésions parenchymateuses et s'accompagner de phénomènes réactionnels accentués. En pareil cas, l'affection des voies respiratoires est loin de présenter le caractère apyrétique que quelques auteurs attribuaient à la phthisie syphilitique. Les symptômes d'hecticité observés dans les cas de lésions complexes dont nous avons mentionné des exemples, montrent que le contraste signalé par Bazin entre les désordres thoraciques et la bénignité des symptômes généraux est loin d'être constant. Nous croyons, au contraire, avec M. Blachez et d'autres auteurs contemporains, que l'on peut souvent retourner cette proposition.

Lorsqu'il s'agira d'une bronchite chronique sans ulcération, c'est uniquement l'absence des signes plessimétriques et stéthoscopiques habituels de la tuberculose qui, en dehors des circonstances extérieures à la bronchite elle-même pourra établir le diagnostic. Les commémoratifs, les accidents concomitants, l'influence d'un traitement spécifique pourront servir à

différencier cette bronchite des autres bronchites chroniques quelconques. Lorsqu'il s'agit d'une bronchite chronique ulcéreuse le défaut de matité aux sommets, que l'on constate généralement en pareil cas, peut fournir, malgré les phénomènes d'hecticité qui ont été signalés, un élément de diagnostic utile. Mais la coexistence des lésions osseuses au niveau des côtes supérieures peut masquer la sonorité de la région :

« S'agit-il d'une syphilis secondaire ou tertiaire, écrit M. Walshe (1), une bronchite chronique peut exister en permanence. Les malades peuvent tousser, cracher des matières séro-purulentes ou muco-purulentes, avoir des sueurs nocturnes, de la fièvre hectique, perdre rapidement leurs forces et leur embonpoint, sans que cependant il existe chez eux des tubercules pulmonaires. C'en est cependant assez pour justifier une forte suspicion de phthisie, si surtout on songe que la syphilis et le mercure ont une irrécusable aptitude à faire naître la tuberculisation pulmonaire quand ces deux influences rencontrent un terrain favorable.

« Comment arriver au diagnostic? Par le manque absolu de concordance entre les signes locaux et les symptômes généraux. Le malade atteint de bronchite syphilitique ne présente aucun signe d'induration et à plus forte raison de consomption pulmonaire. Mais je dois signaler une cause assez singulière d'embarras pour le diagnostic. Les côtes de la région sous-claviculaire et la clavicule elle-même peuvent être épaissies par une périostite et produire de la matité, qu'il est presque im-

(1) Walshe, Loc. cit., p. 272.

possible de distinguer d'une matité tuberculeuse du sommet. »

C'est, dans ces cas, à l'absence habituelle de phénomènes cavitaires proprement dits, ainsi qu'aux circonstances au milieu desquelles évolue l'inflammation du conduit laryngo-bronchique et à la marche suivie par l'affection des voies respiratoires, que l'on devra s'adresser pour chercher une relation entre ces désordres locaux et la maladie syphilitique. Il en sera de même pour les cas où la bronchite sera sous la dépendance d'une adénopathie syphilitique et s'accompagnera des symptômes habituels de tout engorgement des ganglions bronchiques.

« En somme, dit M. Blachèz, lorsque, chez un sujet syphilitique, on observe de la dyspnée, du cornage, des accès de suffocation, on est en droit de soupçonner l'existence des lésions spécifiques de la trachée ayant déterminé des modifications dans le calibre du conduit aérien.

« Si plus tard une bronchite chronique se déclare, si on assiste à un dépérissement lent, sans qu'on puisse reconnaître les signes caractéristiques des tubercules pulmonaires, on songera à une bronchite syphilitique. »

Parmi les circonstances extérieures dont nous venons de parler, nous ne ferons que mentionner ici les commémoratifs et les manifestations diverses qui ont été indiquées dans notre exposé succinct des caractères de la syphilis. Nous insisterons seulement sur la fréquence des accidents pharyngiens et laryngiens concomitants, sur la forme névralgique des douleurs provoquées fré-

quemment par la périostite costale ou sternale, et enfin sur l'influence plus ou moins déterminée du traitement.

Valeur pronostique.

Si l'on veut apprécier la valeur pronostique d'une bronchite qui se déclare chez un sujet syphilitique, on devra se rappeler qu'à côté des bronchites plus ou moins aiguës que M. le professeur Hayem désigne sous la dénomination caractéristique de bronchites exanthématiques et qui disparaissent généralement sans laisser de traces, soit spontanément sous l'action d'une poussée éruptive soit sous l'influence du traitement, on a signalé, en dehors des affections purement accidentelles des voies respiratoires, des bronchites chroniques qui peuvent provoquer de l'emphysème et des dilatations permanentes, et des trachéo-bronchites ulcéreuses pouvant s'accompagner de rétrécissements cicatriciels et de productions gommeuses dans l'épaisseur des parois bronchiques et dans le parenchyme pulmonaire. Elles peuvent se compliquer, en outre, des accidents divers provoqués par une adénopathie bronchique, et d'autres lésions viscérales qui concourent au développement des phénomènes de cachexie et d'hecticité. Enfin, l'adénopathie semble pouvoir exister avec une inflammation des conduits laryngo-bronchiques sans autres complications, chez un sujet syphilitique. Quant à la tuberculose pulmonaire, nous pensons avec bon nombre de médecins que son développement peut être favorisé par l'inflammation des canaux trachéo-bronchiques, chez tout individu prédisposé.

CONCLUSIONS.

En résumé, nous voyons signalées chez les sujets syphilitiques :

1° *Des bronchites aiguës*, souvent fébriles, apparaissant généralement dans le cours de la période secondaire, remarquables par leur apparition rapide et leur disparition également prompte sous l'influence du traitement ou spontanément au moment de l'éclosion d'un exanthème, et par leur alternance ou leur balancement fréquent avec des éruptions secondaires.

2° *Des bronchites chroniques*, à début plus ou moins subaigu, suivant généralement une marche descendante et ne différant de la bronchite chronique ordinaire que par des phénomènes de cachexie dont elles s'accompagnent assez rapidement.

3° *Des bronchites chroniques ulcéreuses*, débutant avec des phénomènes réactionnels plus ou moins accentués, siégeant généralement auprès de la bifurcation de la trachée, mais pouvant atteindre aussi les petites ramifications, s'accompagnant d'une expectoration muco-purulente et quelquefois sanguinolente, se compliquant fréquemment de troubles variés dus à une adénopathie ou à diverses lésions parenchymateuses, et aboutissant souvent à des phénomènes d'hecticité qui simulent plus ou moins rapidement les symptômes de la phthisie.

Toutes ces formes de trachéo-bronchites observées chez les syphiliques suivent généralement une marche descendante et restent souvent localisées longtemps dans les voies respiratoires supérieures ; en outre elles sont toutes plus ou moins nettement influencées par la médication anti-syphilitique.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

D'une manière générale, les moyens qu'on emploie pour combattre une bronchite doivent varier suivant la forme de la bronchite et suivant les indications tirées de la prédominance de quelques-uns de ses symptômes et de l'état constitutionnel du malade. Nous ne pouvons insister ici sur les médications à mettre en usage dans chaque cas de bronchite, aiguë ou chronique, reliée plus ou moins intimement à une maladie constitutionnelle.

Nous ne pourrons que signaler ici à grands traits les principales indications qui paraissent résulter de cette relation.

Si les moyens ordinaires mis en œuvre contre une bronchite demeurent, dans certains cas, inefficaces, nous pensons que l'insuccès peut dépendre parfois de l'oubli des indications fournies par l'état constitutionnel à la faveur duquel se perpétuent les désordres bronchiques. Il en est des affections bronchiques comme des autres troubles organiques. Le diagnostic de la cause et de la nature de l'affection acquiert souvent ici une importance très grande, car c'est de lui que dépend fréquemment le succès du traitement. Nous croyons qu'en négligeant cette étude diagnostique ou en reculant trop fréquemment devant ses difficultés on aboutit, en présence de l'inefficacité des ressources thérapeuti-

ques mal appropriées, à un scepticisme fâcheux. L'on doit, à notre avis, appliquer aux bronchites le précepte inclus dans la règle formulée par M. le professeur Hardy à propos des affections cutanées. « L'essentiel pour le médecin qui veut reconnaître une maladie *dans le but de la guérir*, est moins d'en posséder tous les détails graphiques que d'en sonder la nature, de savoir si elle est accidentelle ou constitutionnelle.... (dartres, scrofule, syphilis), si elle doit, en un mot, disparaître spontanément au bout d'un temps déterminé par l'emploi d'un médicament topique ou bien, au contraire, si elle ne doit céder, qu'à un traitement général et longtemps continué. »

C'est dans ce sens que l'on doit, croyons-nous, chercher les indications thérapeutiques relatives aux bronchites qui présentent une relation plus ou moins intime avec les maladies constitutionnelles.

Dans les bronchites que nous avons signalées chez les *arthritiques*, on peut attacher une importance relativement très grande aux révulsifs externes, parce que, chez ces sujets, le tégument est loin de présenter la susceptibilité qu'il offre chez les individus herpétiques. En outre, la mobilité des phénomènes congestifs indique qu'on peut ici tenter efficacement de ramener la fluxion interne vers l'extérieur; dans ces bronchites, accompagnées parfois de phénomènes réactionnels et d'irritation nerveuse assez intense, l'indication est de calmer l'éréthisme général en même temps qu'on combattra la maladie constitutionnelle par une médication alcaline appropriée à l'état général du sujet.

Si la bronchite présente une forme asthmatique et s'accompagne de râles sibilants nombreux on pourra user des expectorants et l'on cherchera à rétablir la fluxion articulaire â l'aide de moyens révulsifs. Lorsque la bronchite asthmatique se manifestera chez un sujet goutteux on aura recours aux drastiques et l'on cherchera à combattre l'état général en prescrivant l'iodure de potassium et les préparations alcalines.

En général le traitement hydro-minéral n'est indiqué que quand les affections ont passé la période aiguë. Nous ajouterons que d'une manière générale les signes d'une affection cardio-vasculaire contre-indiquent les traitements thermaux. En dehors de ces cas il conviendra d'adresser les rhumatisants atteints de bronchites chroniques aux eaux sulfureuses faibles. (Aix-la-Chapelle, Saint-Honoré-les-Bains).

Les sujets névro-pathiques pourront être envoyés à Néris. Dans les cas de catarrhes bronchiques, les eaux d'Ems et du Mont-Dore sont particulièrement recommandées. Parmi les médications alcalines dirigées spécialement contre la maladie constitutionnelle, nous signalerons le traitement hydro-minéral de Vichy, de Carlsbad, Plombières et Vals,

Dans tous les cas, on devra surveiller aussi le régime diététique et ne pas négliger les règles de l'hygiène spéciale aux arthritiques. On évitera les préparations opiacées lorsqu'on aura à redouter des accidents encéphaliques.

Chez les *dartreux* on doit, d'une manière générale, user avec réserve des révulsifs externes, en raison de la sus-

ceptibilité très grande de leur système tégumentaire. Toutefois ces révulsions trouveront leur indication bien nette et constitueront une ressource précieuse dans certaines affections graves de l'appareil bronchique liées à la disparition plus ou moins brusque d'une affection cutanée.

Dans certains cas, une éruption légère sera plus facile à tolérer qu'un trouble persistant des bronches ; mais nous croyons qu'en général on devra toujours, en présence d'une manifestation cutanée, tenter la guérison de l'affection tégumentaire, et que les cas de répercussion bronchique ne s'observent qu'exceptionnellement.

La bronchite liée à un état herpétique s'accompagne non seulement d'une sécrétion, parfois très abondante, mais encore de phénomènes spasmodiques souvent intenses. Dans ces bronchites, qui offrent des exacerbations remarquables par leurs relations d'alternance et de balancement nettement déterminées avec les poussées tégumentaires, l'élément nerveux joue un rôle important.

La prépondérance des phénomènes fébriles et dispnéiques pourra indiquer de recourir aux narcotiques, aux antiphlogistiques, aux antispasmodiques, parfois au sulfate de quinine.

Dans les formes asthmatiques on pourra recourir aux frictions épigastiques ou cervicales, ainsi qu'aux badigeonnages pharyngiens.

Contre l'état général on pourra employer les dérivaifs intestinaux, les diurétiques et les sudorifiques.

Mais les médicaments qui combattront réellement la maladie constitutionnelle sont indépendamment de l'arsenic, les balsamiques tels que : copahu, goudron, térébenthine,

qui agiront efficacement sur l'état local en même temps qu'ils exerceront une influence favorable sur l'état général de l'organisme. Les résineux conviennent spécialement aux catarrhes chroniques ou subaigus chez les herpétiques ; dans les inflammations aiguës des organes respiratoires ils pourraient exaspérer le travail morbide; ils ne conviennent pas non plus en général aux cas où l'élément nerveux est très accusé.

On peut employer à titre de médication substitutive les eaux minérales sulfureuses, salines et alcalines, mais les sources dont l'action combat le plus efficacement l'état général des individus herpétiques sont les eaux arsenicales de la Bourboule; celles du Mont-Dore et de Plombières qui renferment beaucoup moins d'arsenic ont été indiquées aussi en pareils cas.

Les moyens à mettre en usage contre la bronchite chez les *scrofuleux*, doivent être dirigés surtout contre l'élément catarrhal et contre le défaut de tonicité de l'organisme; les révulsifs ne peuvent avoir une influence notable qu'à la condition d'être répétés fréquemment, Les expectorants peuvent trouver leur indication dans la nécessité d'évacuer les conduits bronchiques. C'est plus souvent contre un état catarrhal torpide et contre une atonicité générale de l'organisme, que contre une phlegmasie aiguë que l'on aura à lutter. On devra donc compter, d'une manière générale avec la nécessité d'un traitement prolongé, on variera les moyens externes excitants, ainsi que les médications toniques intérieures. Parmi les traitements externes qui s'adressent à l'état général, et qui peuvent effectuer une révulsion

efficace en activant les fonctions du système cutané, et en accélérant la circulation périphérique, nous signalons les eaux thermales sulfureuses et chlorurées-sodiques, qui possèdent en outre une action excitante et reconstituante.

Les stations auxquelles, il conviendra d'envoyer ces malades sont celles de Lavey, d'Uriage, de Bourbon-Lancy. Les eaux sulfurées sodiques et calciques, qui conviennent contre le catarrhe chronique des bronches et contre un état général atonique, sont celles d'Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Saint-Sauveur, d'Amélie-les-Bains, d'Allevard et de Saint-Honoré.

Nous croyons aussi, qu'en raison de l'état général, il convient de tonifier l'organisme au moyen de l'air marin, des bains de mer, des lotions froides. Nous rappellerons ici la pratique encore usitée du drap mouillé.

A l'intérieur, on prescrira les toniques généraux, comme le quinquina ; et l'on verra souvent s'amender les troubles bronchiques sous l'influence de l'administration prolongée des toniques spéciaux, c'est-à-dire de l'huile de foie de morue, de l'iode, et de ses diverses préparations, telles que le sirop d'iodure de fer et le sirop de raifort iodé.

Enfin, dans les cas de bronchites aiguës exanthématiques de la *syphilis*, on verra généralement l'affection s'éteindre spontanément à l'apparition d'une éruption tégumentaire ou céder facilement pour faire place à l'affection cutanée. Cependant nous avons vu que ces bronchites peuvent atteindre brusquement une inten-

sité très grande, et l'on devra intervenir activement, dans ces cas, à l'aide des révulsifs ou des antiphlogistiques généraux, qu'on fera suivre du traitement mercuriel.

Dans les trachéo-bronchites chroniques, ulcéreuses ou non, qui paraîtront se rattacher à une altération syphilitique de l'appareil respiratoire, on prescrira, suivant la période de la maladie vénérienne, un traitement mixte ou bien la médication iodurée. Lorsque l'affection présentera une forme aiguë, on devra adjoindre au traitement spécifique une médication révulsive ou antiphlogistique; lorsqu'elle affectera la forme chronique et revêtira les allures cachectiques d'une phthisie, on insistera sur les moyens toniques et reconstituants, en même temps qu'on dirigera un traitemeut antisyphilitique. Il est à remarquer que si, pour bien des auteurs, le mercure agit d'une façon défavorable chez les sujets scrofuleux et constitue une pierre de touche des affections syphilitiques, il n'en saurait être ainsi pour plusieurs médecins qui, en Angleterre, notamment, prétendent obtenir de bons résultats en traitant les affections scrofuleuses par le mercure.

Les eaux sulfureuses pourront être utiles, en favorisant l'apparition d'une manifestation cutanée qui concourra à confirmer le diagnostic. Les eaux chloruréessodiques ou ferrugineuses pourront être indiquées dans le but de relever les forces générales de l'organisme. Les pulvérisations iodurées peuvent trouver encore ici leur application.

Certains auteurs recommandent d'éviter la disparition trop brusque d'une manifestation tégumentaire

chez les sujets syphilitiques qui présentent une poitrine étroite. Enfin on pourrait peut-être, dans certains cas, prévenir ou enrayer une broncho-pneumonie syphilitique chez un nouveau-né en administrant un traitement spécifique à la mère ou à la nourrice.

Nous croyons enfin qu'on aura à tenir compte de l'association possible des maladies constitutionnelles, et qu'on devra, dans ce cas, tenter successivement les médications spécifiques ou pour mieux dire appropriées à chacune d'elles. On n'aura, du reste, qu'à suivre en cela l'exemple donné par M. le professeur Hardy, qui plus d'une fois, à l'hôpital Saint-Louis, a retardé ou suspendu un traitement antisyphilitique, pour combattre préalablement un mauvais état général, imputable, en partie au moins, à une constitution scrofuleuse sur laquelle la maladie vénérienne était venue se greffer.

Nous rappelons enfin que, dans tout traitement, le médecin doit prendre en considération les idiosyncrasies, et qu'en réalité, dans la pratique, après avoir reconnu la maladie, il reste à étudier le malade pour pouvoir instituer une médication efficace.

CONCLUSION GÉNÉRALE.

Après avoir tenté de grouper les diverses affections des bronches qu'on a signalées chez les sujets arthritiques, dartreux, scrofuleux ou syphilitiques, nous croyons pouvoir admettre que, sans présenter d'ailleurs aucun caractère réellement *pathognomonique*, certaines formes de bronchite offrent plus particulièrement l'empreinte de la maladie constitutionnelle au cours de laquelle elles s'observent.

Telles sont, à notre avis, principalement :

Les bronchites *éréthiques* à allures congestives ou spasmodiques, qu'on constate chez les sujets arthritiques ou dartreux.

Les bronchites *torpides*, caractérisées par une expectoration copieuse et muco-purulente, par le défaut de phénomènes réactionnels, en un mot par l'importance des signes d'atonicité, qu'on observe chez les sujets lympho-scrofuleux; et les bronchites qui s'accompagnent des phénomènes paroxystiques de l'*adénopathie* chez les scrofuleux.

Enfin les trachéo-bronchites, définies par la qualification d'*exanthématiques*, chez les sujets atteints de syphilis; et les *trachéo-bronchites ulcéreuses*, plus graves, qui simulent la tuberculose et contribuent à produire la cachexie qu'on désignait jadis sous le nom de phthisie syphilitique.

On peut ajouter, d'une manière générale que, dans les bronchites qui se développent au cours d'une maladie constitutionnelle, l'influence de celle-ci se traduit par la résistance de l'affection aux moyens ordinaires de traitement, et par la tendance à la répétition et à la chronicité.

Nous croyons, en conséquence, qu'avant de formuler le traitement de certaines formes de bronchite, on ne devra point négliger de rechercher s'il existe un lien entre l'affection des voies respiratoires et l'une des maladies constitutionnelles, et qu'on aura à tenir compte de cette relation dans la direction imprimée au traitement.

OBSERVATIONS

Observation I.

Emphysème pulmonaire. — Bronchite chronique. — Rhumatisme articulaire aigu ; accidents cérébraux. — Mort. (1).

Depuis 5 ans environ, ce malade *s'enrhumait tous les hivers* et chaque année il éprouvait, à trois ou quatre reprises différentes des *accès d'asthme*. L'été, tous ces phénomènes disparaissent, cet hiver, le rhume avait reparu avec ses caractères ordinaires, lorsque, il y a quinze jours, le malade fut pris de fièvre, de frissons, de céphalalgie et de douleurs vives dans les genoux et dans les pieds. Aucune médication active ne fut faite en ville.

Au moment de son entrée à la maison de santé, le malade se présente dans l'état suivant :

La respiration est assez difficile, la toux pénible, l'expectoration presque nulle. Mais, le malade se plaint surtout de douleurs vives dans les mains, les coudes et les épaules; les mains, la gauche surtout, sont tuméfiées et rouges ; les doigts sont immobilisés par la douleur ; les épaules sont beaucoup moins sensibles, et la malade peut encore remuer le bras. Les articulations des membres inférieurs qui ont été prises les premières ne conservent plus qu'une légère sensibilité.

La fièvre est modérée; le pouls, très irrégulier, donne 81 pulsations : la céphalalgie n'existe plus; la soif est assez vive ; l'appétit

(1) Charnal, in Bulletin de la Soc. des hôp., t. IV, p. 8.

nul, la langue blanche ; constipation ; pas d'envie de vomir. Enfin le corps est couvert d'une sueur abondante.

L'eczéma de la poitrine donne les résultats suivants : à la pression, la sonorité est exagérée dans toute la poitrine et surtout en avant.

A l'auscultation, la respiration est faible dans toute l'étendue de de la poitrine ; et, de plus, on trouve, en arrière et dans le tiers inférieur des deux poumons, des râles sous-crépitants assez fins. Les battements du cœur sont irréguliers tumultueux ; on ne constate *aucun bruit anormal.*

20 Janvier. L'état est le même.

Le 21. La respiration est toujours très gênée. Les signes stéthoscopiques sont toujours les mêmes.

Le 22. Les douleurs sont un peu moins vives dans les mains, mais plus fortes aux épaules. Quelques crachats rouillés. A l'auscultation, on ne trouve toujours *que des râles à la base des deux poumons ; il n'existe de souffle nulle part.*

Le 23. La gènede la respiration est de plus en plus considérable. *Les sueurs sont très abondantes et la poitrine est couverte de sudamina.* Le pouls est petit, inégal, irrégulier, intermittent. Mêmes signes stéthoscopiques pour les poumons. Toujours obsene de bruit anormal au cœur.

Le 24. L'oppression est extrême : le malade n'a pas vomi. Les douleurs persistent avec la même intensité dans les mains et dans les épaules.

Le 25. L'oppression est beaucoup moins considérables ; les douleurs des membres n'existent plus. Pendant la nuit, le malade a été pris d'agitation et de délire. Le matin, il refuse de se laisser examiner. Le soir, le malade est beaucoup plus calme, la respiration est beaucoup plus libre. Les douleurs articulaires n'existent plus. La tête semble parfaitement libre ; pas de céphalalgie, pas de vomissement.

Le 26. Délire revenu pendant la nuit ; agitation très grande ; perte de connaissance, paroles incohérentes ; pouls petit, très fréquent.

Dans la journée, coma profond, interrompu par des accès convulsifs violents, épileptiformes, de plus en plus fréquents. Mort dans un accès pendant la soirée.

Observation II.

Phthisie calculeuse. (1).

M. C..., expert géomètre était arrivé à l'âge de 50 ans, sans avoir éprouvé d'autres maladies *qu'un rhumatisme* chronique au bras droit. Dans l'hiver de 1806 il fut pris d'un catarrhe pulmonaire, qui ne fit que s'accroître malgré l'emploi de différents remèdes. La toux, la fièvre, la faiblesse générale et les autres symptômes se calmèrent un peu l'été suivant; mais en automne la maladie reparut avec plus d'intensité; la fièvre s'alluma de nouveau, le ma-maigrit, les *douleurs* de la poitrine étaient *intolérables*; de temps en temps il survenait des *quintes déchirantes;* suivies d'une expectoration muqueuse et sanguinolente ; les *urines devenaient troubles quelques heures après leur émission.*

En examinant les crachats attentivement, on y découvrit de petites concrétions tophacées, de différentes formes, et dont les plus grosses ne pesaient pas plus de 2/3 de gram.

Depuis la maladie de poitrine, le rhumatisme ne s'était plus fait sentir.

M, C..., vint au Mont-Dore en 1806; il était à peu près dans le même état que celui dont je viens de parler. Pendant le séjour qu'il y fit, il rendit par l'expectoration, trois petits calculs que j'ai conservés. L'un d'eux paraît exclusivement composé d'un sel à base de chaux , il est lisse et de forme ovalaire; les deux autres présentent un corps et deux branches; les branches sont de nature osseuse ou du moins elles en ont manifestement l'aspect. L'expulsion de ces deux derniers fut beaucoup plus douloureuse que celle du premier. Pendant les vingt-quatre heures qui la précédèrent la fièvre fut plus forte, les accès de toux plus violents et plus fréquents, et l'hémoptysie plus considérable.

M. C..., prit les eaux pendant vingt-deux jours ; ce traitement le

(1) Michel Bertrand, in Recherches sur les eaux minérales du Mont-Dore. Paris, 1810.

soulagea beaucoup; la fièvre avait cédé; l'appétit, les forces et les couleurs naturelles étaient revenues; la toux avait diminué.

J'ignore si l'individu qui fait le sujet de cette observation est totalement rétabli, mais je sais qu'il a repris l'exercice de son état.

Observation III.

Bronchite chronique avec emphysème. — Goutte articulaire. (1).

H. T.., âge de 18 ans, tailleur entra à l'hôpital de Middlesex, le 12 janvier 1866. Ce malade, dont le teint est blême, se plaint d'avoir éprouvé, pendant plusieurs années, des attaques de goutte régugulières, commençant toujours à la face plantaire du gros orteil. Après ces accès, il avait été sujet à ce qu'il appelait des *attaques d'asthme. Durant l'hiver dernier, il avait été sujet pendant quelque temps à une toux gênante.* Une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, il souffrait de douleurs de goutte dans le genou, le pied et dans le coude gauche, et d'une céphalalgie violente. Au bout de quelques jours les douleurs avaient complètement cessé, excepté dans le coude. En même temps que ces douleurs disparaissaient, le malade fut atteint de *toux et de dyspnée*. A son entrée, il se plaignait surtout de dyspnée, principalement le matin, au lever. La toux s'accompagnait, dit-il, d'une expectoration copieuse, *épaisse et blanche*; le coude était chaud, gonflé, tendu; la peau était chaude, le pouls à 90, l'urine normale. La poitrine résonnait partout à la percussion. Le son était plus clair que normalement, dans les deux régions mammaires, ainsi qu'en arrière au niveau du lobe inférieur du poumon gauche. La respiration était légèrement laborieuse, l'expiration prolongée; dans les deux poumons on entendait des râles sonores. Les bruits du cœur étaient normaux; la matité cardiaque était plus étendue que d'ordinaire, et l'impulsion paraissait plus diffuse. J'ordonnai, dans la journée une potion de scille, et dans la soirée la poudre de Dower et l'extrait de colchique.

Sous l'influence du traitement, les symptômes goutteux du coude

(1) Greenhow, in The Lancet, 1867.

disparurent presque immédiatement, et la toux et l'expectoration diminuèrent très rapidement. Le malade se plaignit encore de dyspnée; il en souffrira sans doute toute sa vie, à cause de l'état emphysémateux des poumons.

Observation IV.

Bronchite chronique avec exacerbation. — Psoriasis. — Alternance et balancement, avec des attaques de goutte articulaire.

Georges S..., âgé de 59 ans, marié, et chapelier, réclama pour la prémière fois mes soins, en octobre 1863. Il avait été sujet pendant plusieurs années à une toux accompagnée d'expectoration et de dyspnée, *aussi bien en été qu'en hiver, et par les temps chauds aussi bien que par les temps froids*. Une température moyenne lui convenait mieux. Les températures extrêmes augmentaient toujours son mal. Vingt années auparavant il avait eu la goutte régulière. Depuis longtemps il souffrait, de temps à autre, de douleurs goutteuses dans la main et dans le pied. Mais il en était exempt au moment de sont entrée. Il était sujet, à l'occasion, au *psoriasis*. Il buvait de la bière, avec modération, dit-il. (De longues années d'observation m'ont conduit à penser qu'aucune circonstance ne produit la goutte chez les ouvriers de Londres, à l'égal de la consommation copieuse et habituelle du mat.)

Le malade rapportait ses bronchites aux changements de tempépérature qu'il subissait en travaillant. Mais l'apparition de la goutte avait dans ce cas précédé l'affection bronchique; et sur les quatre occasions que j'ai eu de voir ce malade, trois fois j'ai constaté que ses accès de bronchite étaient accompagnés ou suivis d'attaques de goutte; nous pouvons donc raisonnablement supposer que les alternatives de chaud et de froid auxquelles ce malade fut exposé, n'ont été que des causes excitantes immédiates d'irritation pour les bronches déjà prédisposées à un état morbide par le fait de la maladie constitutionnelle. A son entrée, le patient souffrait d'une bronchite assez grave, accompagnée d'une dyspnée assez grande, d'une *expectoration très mousseuse*; mais cette bronchite, dont il ne

(1) Greenhow, in The Lancet, 1867.

fut complètement débarassé à aucune époque, se manifestait dit-il, durant les intervalles qui séparaient les accès plus aigus, uniquement par l'expulsion d'une petite quantité de mucus épais, transparent et bleuâtre.

Je l'ai traité successivement par la tisane de polygala par l'acide nitro-muriatique associé à la teinture de gentiane, par le vin d'ipéca et par la teinture de jusquiame. Le 11 décembre le malade se trouve amélioré sous tous les rapports: et le 16 janvier 1864 il se trouva relativement guéri. Mais il revint le 6 mai 1864, atteint de douleurs goutteuses, dans les doigts de la main droite et souffrant d'une toux accompagnée d'une expectoration muqueuse, blanche, mousseuse caractérisant une bronchite récente. Il y avait un léger œdème aux jambes, mais l'urine n'était pas albumineuse. La poitrine résonnait normalement à la percussion. On entendait des râles sibilants et ronflants dans les deux poumons. L'expiration était prolongée, surtout dans le lobe supérieur, et l'on percevait des râles muqueux à la base du poumon droit. Prenant en considération le caractère mixte de l'affection, c'est-à-dire la coexistence de la goutte et de la bronchite j'instituai un traitement complexe, destiné à répondre à la fois aux deux faces de la maladie. J'ordonnai trois fois par jour; iodure de potassium et sesqui carbonate d'ammoniaque, de chaque 0,25 centigrammes; et 10 gouttes du vin de colchique, 20 gouttes de teinture de scille et 20 gouttes de teinture de jusquiame dans une mixture camphrée. J'ajoutai, chaque nuit, une pilule de cigue de 30 centigrammes, ce traitement, modifié suivant les circonstances rend de grands services en pareil cas. G. S.., s'en trouva fort bien. Au bout de quinze jours, j'eus à combattre l'anémie qui se manifestait, et je remplaçai le carbonate d'ammoniaque par 0,06 centigrammes de sulfate de fer. La goutte disparu rapidement, mais les râles muqueux de la base du poumon persistaient sans changement. J'ordonnai une potion contenant: 20 gouttes de sesquichlorure de fer et 20 gouttes de teinture de jusquiame, 10 gouttes de vin d'ipéca et 10 gouttes d'acide chlorhydrique dans de l'eau de menthe. Le malade se remit rapidement mais il fut soumis encore à une observation jusqu'en août.

Il ne revint me voir que le 5 mai 1865, exactement un an après sa dernière attaque. Les conditions pathologiques, dans lesquelles il reparut, étaient les mêmes. Les articulations du doigt étaient de nouveau gonflées et douloureuses; il se plaignait aussi de toux et

de dyspnée. La *bronchite* cependant paraissait arrivée à *une période plus avancée*, dans sa forme chronique. *L'expectoration était alors épaisse, opaque, muco-purulente, au lieu d'être glaireuse et mousseuse, comme précédemment.* Le même traitement fut appliqué ; mais l'amélioration fut plus lente. La toux présentait des caractères variables. Bien que son état fut amélioré, le malade était loin d'avoir recouvré la santé, lorsque vers la fin de juin, aux approches d'un temps plus chaud, il eut une attaque de goutte régulière, plus envahissante que précédemment, qui atteignit successivement la plante des deux gros orteils, les chevilles et les doigts, d'une manière plus vive du côté droit. *A l'apparition de cet accès de goutte aiguë, la toux et l'expectoration s'effacèrent enfin.* J'ordonnai une potion à l'eau de menthe contenant :

Sulfate de fer................	0.06 centigrammes.
Iodure de potassium.........	0.30 —
Vin de colchique.............	XV gouttes.
Glycérine....................	3 grammes.

La nuit, je prescrivis une pilule contenant : 12 centigrammes d'extrait acétique de colchique et 20 centigrammes de poudre de Dower. Il continua ce traitement pendant un mois, et fut complètement débarrassé, le 4 août.

Le soulagement ne fut pas, cette fois, de longue durée ; car le 5 décembre, il revint se soumettre au même traitement qu'il suivit pendant deux mois. *La toux était revenue, la respiration était bruyante et la dyspnée accentuée.* L'expectoration, transparente et mousseuse caractérisait une bronchite nouvelle. La peau était fraîche ; le pouls, absolument régulier, battait 90 fois par minute. L'ampliation de la poitrine était normale des deux côtés. La percussion était normale aussi des deux côtés. Le bruit du cœur n'offraient aucune altération. La respiration était rude sous la clavicule droite et un peu faible à la partie antérieure des deux poumons ; il s'y mêlait des râles muqueux faibles, à la base du poumon gauche. L'urine était normale. A cette époque le malade était tout à fait exempt de douleurs de goutte. Je lui prescrivis une potion de scille, contenant 20 gouttes de teinture de jusquiame. Tenant compte de sa constitution goutteuse, j'ajoutai, pour la nuit, une pilule de colchique et de poudre de Dower. La toux fut améliorée ; l'expectoration diminua beaucoup. Elle devint opaque et bleuâtre. L'apaisement

des phénomènes bronchiques a de nouveau coïncidé avec le développement de symptômes de goutte articulaire qui offrit néanmoins un caractère moins déterminé que dans les attaques précédentes. Cette différence fut probablement due au traitement spécifique que le malade avait suivit avant l'apparition de ces phénomènes goutteux. J'associai à la pilule, que je lui prescrivais pour la nuit, de l'iodure de potassium, de l'ammoniaque et du vin de colchique.

Observation V.

Bronchite chronique et psoriasis, rattachés par Greenhow, à la goutte larvée.

Un homme, âgé de 42 ans, vint me consulter pour la première fois, il y a quelques semaines; il se plaignait, depuis dix ans, de dyspnée, de défaut d'ampliation de la poitrine, et d'une *toux habituelle, ayant lieu le matin généralement et suivie de l'expuition de petites masses de mucus épais et transparent.* Ces désordres ont été en croissant d'année en année, jusqu'à ces derniers temps, il fut alors atteint, pendant l'hiver, d'une bronchite caractérisée. *Il se trouvait plus mal pendant les temps froids et glacés. Une atmosphère humide et brumeuse, pourvu qu'elle fut modérée, ne paraissait pas l'affecter aussi défavorablement.* En examinant sa poitrine, je constatai les signes physiques d'un emphysème double accompagnée d'une bronchite chronique. La poitrine, les épaules et les fesses étaient couvertes de *psoriasis*; il n'avait été débarrassé de cette affection cutanée, à aucun moment, pendant les cinq dernières années. Le malade lui-même, n'avait jamais souffert de goutte ni de rhumatisme, *mais j'appris que deux de ses frères étaient sujets à la goutte régulière.*

Observation VI.

Bronchite chronique, avec exacerbations subaiguës. — Psoriasis et gravelle urinaire, rattachés par Greenhow, à la goutte larvée (1).

Un homme, âgé de 60 ans, vint me consulter en 1864 au sujet d'une *bronchite subaiguë intense.* Il avait été longtemps *sujet à la*

(1) Greenhow, in The Lancet, 1867.

bronchite chronique. Pendant plusieurs années, il n'avait jamais été complètement débarrassé de la toux, et souffrait constamment *d'une dyspnée très notable*. Il présentait un emphysème considérable La maladie marcha lentement, comme on devait s'y attendre. Lorsque pourtant l'irritation bronchique finit par se calmer, les urines commencèrent à se troubler par l'élimination d'une grande quantité de sables d'acide urique. A chaque visite il me laissait quatre ou cinq parcelles de gravier pouvant se réduire en poudre et contenant chacun 10 à 20 grains. Au bout de quelque temps il parut se guérir aussi de cette affection. Sa santé se trouvait alors satisfaisante ; il n'avait presque plus de toux et sa dyspnée était notablement améliorée. Il s'éloigna, et je ne le revis que l'été dernier ; il accuse alors des symptômes indiquant l'existence probable d'un *calcul vésical*, dont le diagnostic fut confirmé effectivement. *Pendant ce temps, ses symptômes bronchiques sont demeurés constamment moins fatigants* que pendant les années précédentes.

Observation VII.

Asthme lié à une constitution herpétique et datant de onze ans. Guérison (1).

M. B..., âgé de 12 ans, d'une constitution faible et d'un tempérament nerveux, a une grand'mère asthmatique et atteinte, dit-on, d'une affection du cœur. La mère est atteinte d'un pityriasis du cuir chevelu.

Ce malade, depuis sa naissance jusqu'à l'époque du sevrage, a été couvert de gourmes, et c'est un mois après leur disparition qu'a commencé cette série d'accès d'asthme paraissant en général tous les mois, et qui, quoique moins intenses qu'ils ne l'ont été autrefois, n'en continuent pas moins à fatiguer excessivement le malade et à désespérer sa famille.

Voici comment les choses se passent :

Au milieu des apparences de la santé, survient tout à coup un

(1) Collin, in Annales de la Société d'hydrologie, t. X, p. 339

coryza accompagné d'un peu d'oppression. Après un ou deux jours, le coryza cède; il parait une bronchite, en même temps que l'oppression augmente et prend tous les caractère de l'asthme.

On entend à distance des râles sibilants, la dyspnée est effrayante et cet état dure habituellement trois jours, après lesquels tout rentre petit à petit dans l'ordre normal.

Il y a eu rarement beaucoup de fièvre, le dernier accès a eu lieu le 6 juillet. M. B... est conduit à Saint-Honoré le 7 août 1863.

Cet enfant est très maigre, il présente tous les caractères d'un tempérament nerveux, il est habituellement altéré. L'appétit est mauvais, les digestions bonnes cependant.

A la percussion, rien de sensible. A l'auscultation, diminution du bruit respiratoire au sommet des deux poumons.

Rien du côté du cœur.

Je prescris des inhalations, de l'eau sulfureuse en boisson, des douches de pieds et des demi-bains.

Le 24 août, il n'y a pas eu de crises, l'appétit est meilleur. La respiration est très bonne au sommet des deux poumons.

Le malade quitte Saint-Honoré, après une saison, dans un état de santé très satisfaisant.

Aujourd'hui, 15 décembre, M. B... père m'écrit : « Nous avons été très satisfaits du résultat des eaux, surtout pour mon fils. Il n'a pas éprouvé d'oppression depuis son retour de Saint-Honoré. »

Observation VIII.

Asthme lié à une constitution herpétique datant de quinze mois. Guérison (1).

M. C... (de Reims), âgé de 39 ans, tempérament lymphatique sanguin, constitution forte. Pas d'hérédité.

Il a eu la petite vérole à l'âge de 12 ans. A l'âge de 20 ans, il a été pris d'un eczéma, souvent traité, et qui n'a fait que disparaitre pour revenir bientôt.

Il y a quinze mois, à la suite d'une grippe, il est pris tout à coup d'un accès d'asthme qui reparait toutes les nuits et se termine par

(1) Collin, in Annales de la Soc. d'hydrol. méd., t. X.

une expectoration abondante. M. C... est envoyé à Saint-Honoré par M. le Dr Heurot, qui lui remet pour moi la lettre suivante :

« M. C... est atteint, depuis quinze mois, d'accès d'asthme qui se reproduisent avec une grande fréquence, soit sous l'influence d'un peu de fatigue, soit par le fait du moindre refroidissement. J'ai combattu ces accès par un grand nombre de moyens, entre autres les applications de vésicatoires volants, d'huile de croton entre les épaules, les bains, l'nsage interne de balsamiques, du valérianate d'atropine, des sulfureux, de l'arsenic. Il y a eu un peu de diminution et d'éloignement dans les accès, mais ils se produisent encore sous des influences minimes.

« Un antécédent, que je crois important, est le suivant : M. C... a été atteint pendant de longues années d'un eczéma qui siégeait surtout aux jambes. Cette affection a été traitée par des bains, des pommades; à l'intérieur, par des préparations arsenicales, etc. »

M. C... arrive à Saint-Honoré, le 16 juillet 1863, dans l'état suivant :

La constitution ne parait pas avoir souffert, l'appétit est bon.

Il est pris, toutes les nuits, d'un accès d'asthme qui dure en général une heure et demie, le force à se lever et à ouvrir les fenêtres pour respirer plus facilement, et se termine par une expectoration abondante.

La percussion ne fait découvrir rien de particulier. A l'auscultation, râles crépitants secs; à la partie antérieure de la poitrine et des deux côtés. Je prescris la salle d'inhalation et de l'eau en boisson.

Le 20, il n'y a eu qu'un accès, encore a-t-il été bien moins fort que ceux qu'il éprouvait auparavant.

Le 27, il n'y a pas eu de nouvel accès. Je fais prendre tous les jours un bain. L'auscultation ne retrouve plus de trace de râle crépitant; le malade est enchanté du résultat, et part le 10 août, parfaitement portant et sans manifestation nouvelle de l'affection eczémateuse.

Cette observation est encore, comme la précédente, un type d'asthme survenu chez un sujet à diathèse herpétique. La maladie constitutionnelle existait depuis l'âge de 20 ans. Ces manifestations avaient été combattues par différents moyens, comme l'indique la lettre du D. Heurot, lorsque survient une grippe qui fixe sur les voies respiratoires, si je puis m'exprimer ainsi, les manifestations

de la maladie constitutionnelle, qui cessent, à partir de cette époque, de se montrer sur la peau.

Observation IX.

Adénopathie cervicale des deux côtés, plus prononcée à droite. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique, à droite spécialement (1).

Gravigny (Gabriel), 27 ans, typographe, entré le 17 juillet à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard (service de M. le D. Gueneau de Mussy).

Le malade est entré à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de sa respiration qui est gênée et courte, et de douleur dans le côté gauche, au niveau de la 12e côte.

Il y a un mois, le malade avait pris froid, et le même jour, il avait ressenti des frissons et de la fièvre. Un point de côté le faisait aussi souffrir, et ce point de côté se continue encore aujourd'hui sous la forme de douleurs sourdes et lancinantes.

La gêne dans la respiration existait depuis quatre mois.

Huit mois avant qu'il se plaignit de cette gêne, il avait vu se former dans les fosses sus-claviculaires gauche et droite, surtout dans cette dernière, une tumeur ganglionnaire. Cette tumeur mit longtemps à grossir, et sous l'influence d'une pommade dont le malade ne connaît pas la composition, elle diminua promptement des deux tiers, il y a sept mois environ, puis resta stationnaire jusqu'à ce jour.

C'est trois mois après la diminution de cette tumeur ganglionnaire superficielle que la gêne de la respiration commença.

Cette gêne a très peu augmenté. Depuis l'apparition de cet amas de ganglions, le malade, qui n'avait fait aucune maladie, dont les parents possèdent une excellente santé, qui n'avait jamais toussé et avait toujours eu la respiration très libre, s'est trouvé de temps en temps indisposé. Il lui a fallu assez souvent quitter son travail.

(1) Baréty, in Thèse d'agrégation, Paris, 1874.

A son entrée à l'hôpital, on constate dans les fosses sous-claviculaires droite et gauche, des masses ganglionnaires nombreuses, surtout à droite.

Les ganglions, qu'il est impossible de circonscrire, adhèrent légèrement au tissu cellulaire voisin enflammé.

Ils forment un tout peu mobile, situé sur le sterno-cléido-mastoïden en dedans, le trapèze en dehors, la clavicule en bas.

Ils sont indolents. Le malade n'a jamais eu de quintes de toux.

En arrière, la tonalité est plus élevée du côté droit que du côté gauche.

Le son monte de gauche à droite (du rachis à l'épaule).

La respiration est sèche, rude, aiguë, manquant d'expansion du côté droit.

Du même côté, des râles sibilants. La respiration est diminuée des deux côtés, excepté aux deux bases où elle est augmentée.

Quelques craquements, se passant dans la plèvre, s'entendent à droite et au sommet.

A la percussion, la tonalité est plus élevée à droite qu'à gauche, sur les lames des quatre premières vertèbres dorsales.

En avant, la tonalité est plus élevée au niveau de la première pièce du sternum que dans les fosses sus et sous-claviculaires droite et gauche.

Cette différence de tonalité est surtout marquée au niveau de la portion droite de cette première pièce du sternum, un peu au-dessous et au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite.

C'est à ce niveau surtout que s'entend un souffle expiratoire léger, mais très nettement prolongé, souffle qui n'est perçu, ni dans la partie gauche de la première pièce, ni au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Dans les fosses sus et sous-claviculaires droite et gauche, la respiration manque d'expansion, elle est aiguë à gauche, diminuée à droite.

Il y a des râles sibilants sur toute la hauteur des deux poumons.

Traitement. — Lichen, sirop de tolu, paquets de magnésie, houblon, teinture d'iode à l'intérieur.

Au bout de dix jours, le 19 juillet, le malade va mieux, il respire plus librement.

Les tumeurs formées par les ganglions superficiels, situées dans

les fosses sus-claviculaires droite et gauche, ont diminué sensiblement.

Au lieu d'une masse empâtée, difficilement circonscrite, peu mobile, on sent, à la palpation, rouler sous ses doigts des ganglions isolés, mobiles, facilement circonscrits et diminués de volume. La périadénite a disparu. Il est permis d'étendre, dans ce cas, cette amélioration dans l'état des ganglions externes aux ganglions internes, et de croire dans les circonstances où manque l'adénite externe, à une amélioration semblable dans l'état des ganglions internes, lorsque les symptômes s'apaisent et les ganglions diminuent.

Observation X.

Asthme observé chez un syphilitique et guéri par le traitement mercuriel (1).

Je fus appelé au mois de mai 1789 pour un brasseur, âgé de 40 ans, fort replet, et sujet, depuis plusieurs années, à des accès périodiques d'asthme ; sa respiration était tellement gênée pendant tout ce temps qu'il ne pouvait, en général, dormir que dans une position presque droite ; il avait souvent des palpitations de cœur extrêmement douloureuses, et son pouls était en tout temps fréquent et irrégulier.... Il m'avoua qu'il avait beaucoup souffert dans sa jeunesse, de fréquentes attaques de syphilis, et qu'il n'avait pas pris le mercure d'une manière régulière, surtout depuis la dernière attaque, qui fut suivie de la difficulté de respirer qu'il éprouvait, ce qui lui donnait la conviction que le virus n'avait pas été détruit. On ne pouvait cependant découvrir aucun symptôme évident de syphilis.... On avait employé à diverses reprises les purgatifs, les diurétiques et les vésicatoires sans aucun avantage; mais les opiatiques ayant produit quelque soulagement, il se détermina enfin à prendre uniquement une forte dose de laudanum en se couchant et une plus faible le matin. Je le laissai dans cet état au mois de septembre, et je ne le revis qu'au mois d'avril 1790, qu'il m'appela pour consulter avec le chirurgien de la maison à

(1) Bell, in Thèse de Lagneau. Paris, 1851.

l'occasion d'un ulcère qui avait paru depuis deux mois sur le côté gauche du nez. On y appliqua depuis les plus doux escharotiques jusqu'aux plus actifs ; néanmoins, il avait gagné le côté opposé du nez. J'appris, en questionnant le malade, qu'il avait, au mois de novembre, aperçu un chancre sur le gland, quelques jours après s'être exposé à l'infection, et que ce chancre ayant disparu, en le touchant deux fois avec le caustique lunaire, il crut inutile d'employer le mercure. La difficulté de respirer et la palpitation fatigante du cœur étaient alors beaucoup plus fortes que jamais.... Le malade m'ayant prévenu que le mercure ne l'affectait pas facilement, je lui prescrivis ce minéral en même temps à l'intérieur et à l'extérieur de manière qu'au bout de dix jours, sa bouche était aussi enflammée qu'elle pouvait l'être; il rendait jusqu'à 2 ou 3 chopines de salive par jour. On appliqua du cérat ordinaire sur l'ulcère. Trois semaines après avoir commencé les remèdes, l'ulcère était considérablement diminué, et il fut parfaitement cicatrisé au bout de six semaines. Bientôt la difficulté de respirer diminua beaucoup, la palpitation se dissipa absolument, et le pouls revint à son état naturel. L'asthme ne cessa entièrement qu'au bout de plusieurs semaines ; il disparut cependant avant la fin du traitement qu'on continua trois mois entiers. Le malade n'a pas eu de rechutes.

Observation XI.

Rhino-laryngo-trachéo-bronchite. — Souffle inspiratoire tubaire au sommet droit, en arrière. — Compression trachéo-bronchique (toux férine). — Antécédents syphilitiques (1).

La nommée B..., âgée de 30 ans, tapissière, entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Guéneau de Mussy), le 31 octobre 1873.

Elle n'a marché qu'à l'âge de 7 ans. Elle était nouée, dit-elle.

De 7 à 14 ans, ganglions cervicaux suppurés; sous-maxillaires gauches (étant très jeune), sous-mentonniers (à 11 ans), cicatrices actuellement.

(1) Barety, in Th. Paris, 1874.

En même temps, maux d'yeux.

Tousse depuis l'âge de 14 ans. A eu la variole à dix ans et demi.

Atteinte de bronchite l'an dernier.

Attaque de rhumatisme il y a un an.

Il y a 7 ans, ulcérations aux parties génitales, sans adénite inguinale, dit-elle. N'a pas eu d'angine syphilitique.

Il y a 14 mois (dans la même salle), exostose de la partie interne de la clavicule droite avec accès ouvert par incision. Reste une cicatrice linéaire. Il y a six ans, boutons sur le corps pendant six semaines (hôpital Saint-Louis). Tumeur spécifique au-dessous des genoux; cicatrices de syphilides.

Etat actuel. — Malade depuis quinze jours. Début par frisson. Douleur dans les deux côtés; avant, crampes d'estomac, mais jamais de sifflement ou de râlement laryngien.

D'abord coryza (à sa fin aujourd'hui).

Puis laryngite et laryngo-trachéite avec angine légère).

Anorexie. Légère fièvre.

Actuellement, laryngo-trachéo-bronchite dont elle est atteinte depuis deux jours seulement.

Toux fréquente, quinteuse, ferme. Expectoration muqueuse.

Fièvre. Respiration ronflante à la racine des bronches. Selles rares. Voix enrouée.

Le 1er novembre. Même état. En plus, on perçoit un léger souffle expiratoire dans la fosse sus-épineuse droite (ganglions ou induration pulmonaire).

Le 2. Au sommet droit, en arrière, souffle expiratoire tubaire, voix légèrement retentissante. Légère matité qu'on ne peut bien apprécier qu'en percutant alternativement des deux côtés dans des points homologues (engorgement ganglionnaire ou induration pulmonaire (?) Les crachats sont muqueux.

Respiration rude dans le reste de l'étendue du poumon droit. Quelques râles ronflants vers la racine des bronches.

A gauche, respiration rude aussi et ronflante vers le hile pulmonaire.

A eu cette nuit, des quintes de toux fatigantes.

Ce soir, même état du poumon droit, peut être même plus accusé.

Ailleurs, des deux côtés, en avant et en arrière; râles ronflants expiratoires.

Toux quinteuse, fréquente, oppressive.

Le 5. KI, 1,50. Lavement. A mangé un peu.

Le 6. Toux moins intense et moins fréquente, KI, 2 grammes.

Le 7. Tousse moins. Dort bien.

A son entrée, on avait appliqué 8 à 10 gouttes d'huile de croton au devant de la poitrine. Depuis, il s'est fait là deux plaques irrégulières, verticales, de plusieurs centimètres, d'une eschare superficielle, qui empêchent de percuter la région sternale. Avant cette application, la percussion n'indiquait rien d'anormal. On ne trouvait d'ailleurs qu'une très légère élévation du ton dans la fosse sus épineuse droite. KI, 2 grammes; lait à la place du vin.

Le 8. A beaucoup moins toussé. Mieux.

Sommet droit, fosse sus-épineuse. — Toujours léger degré de dureté sous le doigt, mais souffle expiratoire moins aigu, plus grave Il occupe les fosses sus et sous-épineuses. Il est mieux perçu vers la racine des bronches.

Pas d'inégalité dans l'intensité du murmure respiratoire des deux côtés. Expiration grosse, ronflante, dans le reste du poumon.

Le 9. Mouche le sang. Céphalalgie depuis deux jours.

Expiration grosse, ronflante, vers le hile des deux côtés, à droite surtout. Sommet droit comme hier.

Pas d'inégalité du murmure respiratoire des deux côtés.

Le 10. Se plaint du côté gauche et du dos. Fièvre. Sueurs. Peau moite. Pouls 106. Coryza (est-ce de l'iodisme ?). Suspendre KI.

Le 12. Mieux. Murmure respiratoire peut être moins bien perçu à droite qu'à gauche.

Toujours souffle expiratoire tubaire doux au niveau de la fosse sus-épineuse droite.

Le 15. Les ulcérations présternales provoquées par l'application de l'huile de croton sont cicatrisées.

Le sternum est saillant, forme une voussure, mais cet état est congénital. D'ailleurs sonorité à ce niveau ou seulement légère dureté à la perçussion.

Le 16. Depuis huit jours on avait cessé le KI; on le reprend ce matin à la dose de 0,50.

Le 17. On entend toujours du souffle expiratoire, entendu seulement dans toute l'étendue de la fosse sus-épineuse. Tousse beaucoup moins. Pas de matité, ni avant, ni en arrière.

Le 18. Toux et oppression presque disparues. Appétit modéré. KI, 1,75. Crache peu ou pas.

Le 20. Ne tousse pas, ne crache pas. Respire bien.

La respiration s'entend mieux à gauche qu'à droite, soit en avant soit en arrière.

Le 21. Le ganglion de l'angle du maxillaire inférieur à droite est gros et douloureux (courant d'air).

Le 24. Le ganglion a diminué de volume.

Le 27. Sort, conservant le souffle expiratoire du sommet droit, mais adouci. Continue l'usage du KI. État général meilleur.

Observation XII.

Tumeurs syphilitiques du poumon et du foie. — Laryngo-bronchite. Pleurésie. — Autopsie (1).

Le matelot Th. Guéchel, 18 ans, d'Altona, entra à la section de médecine de l'hôpital, le 8 février 1878, pour un embarras gastrique. Il se plaignait de douleurs dans la poitrine et d'un sentiment d'oppression dans la région de l'estomac; sa langue était chargée et la température était élevée; dans les semaines suivantes elle atteignait le soir, souvent 38° et, de temps à autre seulement, elle montait à 39° 1/2. Les rémissions matinales étaient accentuées. Au milieu de mars, les autres symptômes se dissipèrent, tandis que la fièvre augmenta et que la température se maintint tous les soirs au-dessus de 39°; à ce moment, survint un enrouement intense, accompagné de douleurs au moment de la déglutition; le patient déclara avoir éprouvé ce dernier symptôme de temps en temps depuis neuf mois environ. L'examen répété de la poitrine ne fournit aucun point de repère pouvant étayer l'hypothèse d'une affection tuberculeuse; tout antécédent héréditaire d'ailleurs, fait défaut. En revanche, le 18 mars, apparut un psoriasis sur le tronc et sur les extrémités; on observa aussi des ulcérations à leur début sur le pharynx; et le patient fut envoyé le 22 mai, dans la station extérieure avec ce diagnostic : syphilis fébrile. Dans les jours suivants, on vit apparaître des ulcères très nets sur la partie posté-

(1) Von Thaden, in Beger's Deutsche Archiv für Klinik med.

rieure et droite du voile du palais, et sur l'amygdale gauche ; on constata aussi une exanthème papuleux et très étendu et des condylomes anaux. On remarqua en même temps une induration sur leprépuce. Le malade déclare avoir eu une ulcère préputial, il y a deux ans cet ulcère fut soumis uniquement à un traitement local. Le patient supporta mal les frictions qu'on lui prescrivit, car il survint immédiatement une inappétence complète; il tolère mieux le KI, la dysphagie et la toux disparurent bientôt, mais la fièvre diminua d'une manière très lente; depuis le commencement d'avril elle n'atteignit plus, il est vrai, le chiffre de 39°, mais, jusqu'au 8 mai, elle se maintint le soir au-dessus de 38° ; elle disparut enfin peu de jours après. Plusieurs fois apparut une diarrhée intense dans le cours des mois d'avril et de mai ; à ce moment on ne découvrait rien d'anormal dans les poumons. Le 25 mai, le malade sortit sans autres symptômes maladifs qu'une adénite indolente et généralisée. Il n'avait fait que 22 frictions de 4 grammes chaque, mais il avait ingéré 110 de KI. — Le 14 septembre 1878, il revint à l'hôpital ; il n'avait pu travailler, depuis plus de quatre semaines; il était tourmenté à ce moment par *la toux* et par la *dysphagie*. Son expectoration était muqueuse, mais on n'observait pas de sang dans les crachats. Le malade présentait de nouveau des plaques muqueuses inconstestables sur le voile du palais ; l'examen de la poitrine ne fournit alors que les bruits d'un *catarrhe diffus* qu'on percevait surtout au-dessous de la clavicule droite ; il n'y avait point *là de matité évidente* ; on ne lui prescrivit point a KI, mais on en revint aux frictions qui furent supportées quelque temps, mais qu'on renouvela seulement tous les deux jours, en raison de l'anorexie qu'elles provoquaient. Alors, existait une fièvre vespérale atteignant 39° et présentant des rémissions matinales de 0°,8 à 0°,9. Au milieu d'octobre les ulcérations de la gorge étaient jugulées, mais l'état général du malade était encore peu satisfaisant. *Les bruits pulmonaires étaient variées; on entendait constamment des râles muqueux à bulles fines, notamment dans la partie inférieure du poumon gauche pendant que la respiration était normale aux sommets. Les crachats étaient très abondants muqueux, et non mélangés de sang.* La diarrhée survint plusieurs fois ; de temps à autre on observa des étourdissements et des vertiges; l'urine n'était pas albumineuse. La rate parut un peu augmentée; mais la quinine se montra inefficace contre la fièvre ; l'état général empira ; à par-

tir du 21 octobre, la fièvre ne descendit pas au-dessous de 39°, même le matin; et la température atteignit 40°, e 25 et le 26 au soir; la rémission matinale était alors très faible: des bains répétés n'eurent qu'une action insignifiante. Le malade se plaignait alors d'étourdissements et de malaise: il déclara avoir éprouvé, le 23 et 24 un frisson de courte durée la diarrhée était abondante. Ces jours là on peut de nouveau constater les tumeurs arrondies et d'aspect syphilitique qui siègent dans le pharynx et dans le palais et qui font tache pour ainsi dire dans ce tableau d'une maladie tuberculeuse générale. Le 27 octobre une dyspnée très violente signala une inflammation récente de la plèvre gauche, et dans l'après midi du 29, le malade mourut après une longue agonie. Il y avait eu dans les derniers jours perte de connaissance de temps à autre, et, dans les intervalles, le malade éprouvait une sensation subjective de bien être.

Je relèverai parmi les résultats de l'*autopsie* les détails suivants : le cadavre présente peu de tissu adipeux et une musculature très affaiblie.

Dans la cavité pleurale gauche, on trouve environ 500 gr. de liquide jaune clair; la plèvre pulmonaire gauche présente des fausses membranes récentes et facilement déchirables; elle est reliée à la plèvre costale et au diaphragme par des adhérences friables et filiformes. Les sommets des deux poumons sont libres d'adhérences; la surface externe des poumons est marbrée de taches bleu sombre et présente quelques saillies bosselées et dures d'un blanc jaunâtre au niveau desquelles la plèvre est trouble et épaissie. Sur la coupe du lobe supérieur du poumon droit, on peut voir que le sommet ne présente aucun épaississement; à un demi-centimètre plus bas on trouve trois nodus de la grosseur d'un pois. La plus grande portion de la face antérieure du lobe supérieur est occupé par un nodus de la grosseur d'un œuf d'oie, d'un banc jaunâtre également, marbré de taches grisâtres et de stries pigmentaires éparses, inégal, dénué de vaisseaux, se laissant déprimer sous le doigt avec une certaine difficulté et faisant saillie sur le tissu ambiant; il n'est séparé du revêtement pleural que par une couche de tissu pulmonaire aéré de 3 millimètres d'épaisseur. La base de ce grand nodus cunéiforme est la surface pleurale, son sommet s'applique sur les bronches. On ne peut constater aucune

dégénérescence purulente ou caséeuse. Un tissu sain hyperémié forme une zone ambiante autour de ce nodus ; la saillie qu'il fait sur la surface de coupe, jointe à la structure grossière de ce nodus, tend à le rapprocher des néoformations carcinomateuses. *Les bronches situées dans son voisinage présentent un épaississement et une tuméfaction marquées des parois; cet épaississement accusé aussi bien à la périphérie que vers le centre du conduit rétrécit leur calibre.* Les parois épaissies atteignent jusqu'à 3 et 5 millimètres.

Dans le lobe moyen du poumon droit, on trouve seulement deux nodus de la grosseur d'un pois, et offrant une disposition semblable ; dans le lobe inférieur, on trouve plusieurs nodus atteignant jusqu'aux dimensions d'un œuf de pigeon. Le poumon gauche renferme dans le lobe antérieur, à 6 centimètres au-dessous du sommet parfaitement intact, un nodus de structure analogue et de la grosseur d'un œuf de poule ; il est également cunéiforme, et sa base est dirigée contre la plèvre. *On remarque un nodus semblable au niveau du hile, accompagné d'épaississement péribronchique grossier;* quelques nodus plus petits siègent plus bas. Dans le lobe postérieur, on trouve deux nodus plus gros, réunis par une couche de tissu qui semble presque normal à la vue, mais qui, au toucher, parait notablement épaissi; *au centre, on trouve une bronche fortement épaissie qu'obstruent des concrétions caséeuses.*

L'origine de la langue et l'épiglotte présentent des tumeurs arrondies ; l'épiglotte offre aussi des cicatrices dures et rétractées. Le sinus pharyngien, ainsi que les cordes vocales inférieures et supérieures, offre aussi des tumeurs arrondies ; *la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches est rouge, tuméfiée et n'offre pas de cicatrices.*

On ne trouve rien d'anormal dans la cavité abdominale, sauf un nodus de la grosseur d'un pois situé à la superficie du grand lobe du foie, auprès du ligament suspenseur ; ce nodus, nettement délimité, offre la même structure que ceux des poumons.

Dans la cavité crânienne, on a trouvé seulement la pie-mère hyperémiée.

L'examen microscopique des nodus pulmonaires a démontré l'absence de tissu normal dans ces productions ; on y trouvait un tissu de granulations traversé en quelques endroits par des cellules fusiformes ; il n'existait là aucune cellule géante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Allard. — Traitement du rhumatisme par les eaux minérales. — In Annales de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris. T. VII.

Allard. — Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux de l'Auvergne. — In Annal. Soc. hydrol. méd. T. IX.

Andral. — Clinique médicale. T. III.

Astruc. — De morbis venereis.

Ball. — Du rhumatisme viscéral, th. Paris 1866.

Barèty — De l'adénopathie trachéo-bronchique, th. 1874.

Barther — Art. Bronchites, in Dict. encyclop.

Barthez. — Maladies goutteuses. Paris 1819.

Baumès. — Pthisie pulmonaire. 1805.

Baumler. — Ziemsen's Handbûch der speciellen. Pathologie und Thera pie. B. III.

Bazin. — Leçons sur les affections cutanées. Paris 1868.

— Leçons sur la syphilis. 1866.

— Leçons sur la scrofule.

— Art. Dartres, in Dict. encyclop.

Beger. — Deutsche Archiv für klinik Med. 1879. T. XXIII.

Bennet. — Du traitement de la phthisie pulmonaire.

Bertrand (Michel). — Recherches sur les eaux du Mont-Dore. Paris. 1810.

Besnier. Art. Rhumatisme, in Dict. encyclop.

Blachèz. — Art. Rétrécissement des bronches. in Dict. encylop.

— Art. Lésions syphilitiques des bronches, id.

— Art. Concrétions et calculs bronchiques, id.

Bouchard. — Leçons sur les maladies infectieuses, analysées par Landouzy, in Revue de médecine, 10 janvier 1881.

Bouchardat. — Traité d'hygiène Paris 1881.

Bourdon. — Bulletin de la Société des hôpitaux. T. IV.

Bourguet. — Etude sur la goutte viscérale, th. 1867.

Brochin. — Art. Catarrhe. Dict. encyclop. sc. méd.

Brugelmann.— Dict. inhalation Therapie, bei Krankheiton des Lungen, der Luftrohre und des Bronchien, Cöln und Leipzig, 1873.

Buron. — Rapports de la phthisie pulmonaire avec l'arthritis, la goutte et le rhumatisme, Annales de la Société d'hydrologie. T. X.
Cadet de Gassicourt. — Maladies des enfants.
Carrère. — Maladies vénériennes chroniques sans signes évidents.
Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards. Paris. 1874.
Chasseyron. — Manifestations de la goutte sur les muqueuses respiratoires, th. Paris, 1876.
Chauffard. — Parallèle entre la goutte et le rhumatisme, th. Paris, 1857.
Collin. — Inhalations des eaux sulfureuses de Saint-Honoré, in Annales Soc. hydrol. T. X.
Compendium de médecine. — Art. Asthme, Bronchites, Goutte, etc.
Cullen. — Eléments de médecine pratique.
Danjoy. — De l'influence des maladies constitutionnelles sur la phthisie pulmonaire, th. Paris, 1862.
Durand-Fardel. — Traité pratique des maladies chroniques, 1868.
Fournier. — Leçons sur la syphilis tertiaire, in Journal de l'école de médecine, 1873.
Fournier. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1881.
Frank. — Pathologie encyclopédique, th. IV.
Frank. — Pathologie médicale.
Fuller. — On reumatism.
Garcia. — Asthme goutteux, th. 1865.
Garrod. — La goutte, sa nature et son traitement. — Traduction d'Ollivier, 1867.
Gerhardt. — Die rheumatoiderkrnken der bronchiektatiker. Deutbsch Archiv für klinik Med. 1874.
Gérin-Roze. — De la dartre et de l'arthritis, th. 1861.
Gintrac. — Art. Bronches. Dict. Jaccoud.
Grancher. — Art. Scrofule, in Dict. encyclop.
Gregory. — On gouty bronchitis, in the Lancet, 1867.
Greenhow. — On chronic bronchitis, in the Lancet, 1867.
Grisolle. — Pathologie interne.
Guersent. — Art. Asthme, in Dict. de médecine.
Guéneau de Mussy. — Des endermoses, in France médic., 1879.
— Clinique médicale. Paris, 1874.
Hardy. — Art. Dartres, in Dict. de méd. et de chirurg. pratiques.
— Leçons sur les affections dartreuses. Paris, 1868.
Hardy et Bêhier. — Pathologie interne.

Hayem. — Des bronchites. Paris, 1869.

Hénop. — Beger's Archiv für klinik Med. 1879. T. XXIV.

Hertzka. — Die Erkrankungen der Brustorgane beim Rheumatismus articulorum acutus, in Wien med. Press, 1874.

Hoffman. — Medicina rationalis systematica.

Homolle. — Art. Rhumatisme, in Dict. de méd. et de chir. prat.

Hood. — Treatise on gout, rhumatism and the allied affections.

De Horme. — Différentes méthodes d'administrer le mercure, in Journal de médecine militaire. T. II.

Hunter. — Traduction de Richelot, 1845.

Jaccoud. — Pathologie interne, 1879.

Joffroy. — Des différentes formes de la bronchopneumonie, th. 1880.

Kaposi. — Leçons sur les maladies de la peau. Traduction de Besnier et Doyen. Paris, 1881.

Labadie-Lagrave et Jacoud. — Art. Goutte, in Dict. de méd. et chirurgie pratique.

Laënnec. — Traité de l'auscultation.

Lagneau. — Mal. pulm. causées ou influencées par la syphilis, th. 1851.

Latham, — Clinical medicin. T. I.

Lebert. — Beitrage zur statistic und Ætiologie des Katarrhs, des Athmungsorgane, in Berlin. Klinik Wochen. 1869.

Léger. — Traité de la goutte. 1753.

Littré et Robin. — Art. Goutte, in Dictonnaire.

Long. — De præcipuis morborum mutationibus et conversionibus. Paris, 1784.

Macario. — Mémoire sur la diathèse rhumatismale. Gaz. médical Paris, 1866.

Martin. — Des rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et la scrofulose, in Revue mensuelle, avril 1862.

Masseï. — Sulla importanza delle inhalazione nelle malattie delle vie respiratoria.

Monneret. — Traité de pathologie interne. T. II.

Morgagni. — De sedibus et causis morborum. T. II., epist. XXII.

— Epist. XV, § XXI.

Morton. — Phthisiologica. Caput VIII. De phthisi a suppressione gonorrhea virulenta fluxûs ortâ.

Munk. — Gazette méd. de Londres, avril 1841.

Musgrave. — De arthritide anomala sive interna.

Ormerod. — Medico-chirurgical Mransactions. 1853.

Parrot. — Art. Asthme, in Dict. encyclop.
Petit-Radel. — Maladies syphilitiques, 1812.
Peter. — Leçons cliniques.
Pidoux. — Étude sur la phthysie, 1874.
Portal. — De la phthisie vénérienne.
Quinquaud. — Des métastates, th. Paris 1880.
Rillet et Barthèz. — Maladies des enfants.
Robertson. — The nature and treatment of gout, London, 1865.
Roger. — Art. Broncho-pneumonie, in Dict. encyclop.
Sales Girons. — Ann. Soc. hydrol. méd., Paris. T. X.
Schnitzler. — Die Lüngen-Syphilis ünd ihr Verhältniss zür Lüngenschwindsüct, in Annales de dermathologie, 1880.
Schœffel. — Traité d'anatomie pathologique générale.
Schræder van der Kolk. — Observations anatomopathologiques, 1826.
Scudamore. — Traité sur la nature de la goutte et du rhumatisme, traduction de Dechamps, Paris, 1820.
Sée (G.) — Art. Asthme, in Dict. de méd. et de chir. prat.
Sénac-Lagrange. — Études sur diverses formes de bronchites, Paris, 1873.
— Études sur les bronchites dans les maladies constitutionnelles, in Annales de la Soc. hydrol méd. T. XXVI.
Stoches. — Diseases of the chest. Dublin, 1837.
Swediaur. — Maladies vénériennes.
Taylord. Medico-chirurgial Transactions, 1853.
Von Thaden, — Beger's Archiv fün klinik Med. 1879.
Trousseau. — Cliniques médicales.
Vulpian. — Des pneumonies secondaires, th. 1860,
Walshe. — Traité clinique des maladies de poitrine. Traduction de Fonssagrive, Paris, 1870.
Wandelbürg. Die locale Behan düng der Krankheiten der Athmüngs organe, Berlin, 1872.
Woillez. — Clinique des maladies des voies respiratoires. 1872.
Wunderlich. — Handbüch der pathologie.
Ziemsen. — Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 1877.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., rue M.-le-Prince, 31
A. Davy, successeur.